

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПРАКТИКУМ

С. А. Кулаков

ОСНОВЫ ПСИХОСОМАТИКИ



Санкт-Петербург
2003

ББК88.37

К90

Кулаков С. А.

К90 **Основы психосоматики.** — СПб.: Речь, 2003. — 288 с, илл.

ISBN 5-9268-0170-2

В книге рассматриваются наиболее популярные теории возникновения психосоматических расстройств, приводятся различные клиничко-психологические методы исследования психосоматических пациентов, все положения подробно иллюстрированы случаями из практики автора. В приложении приведен ряд диагностических оценочных форм, которые можно использовать в практической работе.

Книга предназначена студентам медицинских вузов, студентам обучающимся по специальности «психология» и «клиническая психология» и всем тем специалистам, к кому направляют пациентов, у которых можно найти психологические корни их физических страданий.

ББК 88.37

Главный редактор *И. Авидон*

Заведующая редакцией *Т. Тулупьева*

Художественный редактор *П. Борозенец*

Корректор *И. Любченко*

Технический редактор *О. Колесниченко*

Директор *Л. Янковский*

ISBN 5-9268-0170-2

© Издательство «Речь», 2002.

© С. А. Кулаков, 2002.

© П. В. Борозенец, оформление, 2002.

Лицензия ЛП № 000364 от 29.12.99 г. Подписано в печать 24.12.2002 г.

Формат 60x90^{1/8}/в. Усл. печ. л. 18. Бумага офсетная. Печать офсетная.

Тираж 4000 экз. Заказ №

ООО Издательство «Речь»

199004, Санкт-Петербург, В.О., 3-я линия, 6 (лит. "А"),

тел. (812) 323-76-70, 323-90-63, rech@mail.lanck.net, www.rech.spb.ru

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ/.....	5
КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА	11
Классификация по МКБ-10.....	14
Соматоформные расстройства.....	19
МУЛЬТИМОДАЛЬНОСТЬ КАК ОСНОВНОЙ ПРИНЦИП ДИАГНОСТИКИ	32
Многоосевая диагностика.....	41
Многоосевая диагностика детей и подростков.....	42
КОНЦЕПЦИИ ПРОИСХОЖДЕНИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ	52
Психосоматический симптом как результат конверсии психической энергии. Конверсионная модель Фрейда.....	54
Психосоматический симптом как результат разрешения конфликта в вегетативной нервной системе. Модель вегетативного невроза и теория векторов Александра.....	66
Психосоматический симптом как результат использования незрелых психологических защит. Модель двухшелонной линии обороны Митчерлиха.....	69
Психосоматический симптом как результат нарушения объектных отношений.....	81
Психосоматический симптом как результат нарушения самоуважения. Эго-психология Кохута.....	90
Психосоматический симптом как результат ресоматизации функций Я. Концепция десоматизации Шура.....	93
Психосоматический симптом как результат переживаний потери объекта.....	101
Психосоматический симптом как результат алекситимии.....	109
Психосоматический симптом как результат ролевого конфликта. Теория Морено.....	115
Психосоматический симптом как нарушение структуры Я. Концепция Аммона.....	123
Психосоматический симптом как результат интроекции дисфункциональных базисных схем. Когнитивные теории.....	136
Психосоматический симптом как результат дисфункции семейной системы.....	151
Концепция структурно-дискретной организации психики Семенова. Акупунктурное программирование (АЛ).....	163

Психосоматический симптом как результат наличия высокой энтропии и действия аттрактора болезни. Концепции Пригожина и Ананьева.....	168
ПРИНЦИПЫ ИНТЕРВЬЮИРОВАНИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ	176
Первое интервью с психосоматическим пациентом на примере алиментарного ожирения.....	195
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	200
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	202
ПРИЛОЖЕНИЯ	
Приложение 1. Психосоматические симптомы и синдромы у детей (Исаев, 2001).....	204
Приложение 2. Мультиmodalный опросник жизненной истории.....	209
Приложение 3. Клинико-биографический метод.....	223
Приложение 4. Общее семейно-диагностическое интервью.....	234
Приложение 5. Карта истории развития ребенка.....	243
Приложение 6. Психиатрическое обследование подростка (психический статус).....	252
Приложение 7. Структурное интервью по Кернбергу.....	258
Приложение 8. Типы вопросов при интервьюировании пациентов.....	278
Приложение 9. Характеристики уровней нарушения.....	288

ВВЕДЕНИЕ

В новое время учение о связи соматических заболеваний и психических процессов назвали психосоматикой. Со временем это понятие все больше расширялось, и психосоматические аспекты рассматривались как более или менее относящиеся к клинике множества болезней. Существовало и направление, противоположное такому широкому пониманию психосоматики, — многие авторы пытались подвести под это понятие только специфические заболевания, которые также стали называть «психофизиологическими расстройствами» (например, бронхиальная астма, эссенциальная гипертония, язвенная болезнь желудка и т. д.).

В клинической практике возникло свое понимание психосоматических расстройств, которое охватывало, прежде всего, соматические нарушения без однозначного органического субстрата. Под такое определение попадали и картины болезни, исторически обозначавшиеся понятием «истерия».

У истоков развития психосоматической медицины в России стояли виднейшие русские клиницисты, которые указывали на неправильность понимания соматической болезни как процесса, обусловленного только биологическими факторами. При внимательном изучении их работ можно заметить, что они придавали огромное значение условиям жизни пациента. В лечении своих больных они интуитивно использовали психотерапевтические методы.

Глубокое исследование психосоматических расстройств, ранняя профилактика и диагностика требуют их обоснованной систематики.

Термин «психосоматическое расстройство» означает соматическое заболевание, которое вызвано психологическими факторами или проявления которого обострились в результате их воздействия

Коморбидность -
появление нескольких
психических рас-
стройств у одного
человека

СЛОЖНОСТЬ клинической диагностики в настоящее время связана и с изменением картины (*патоморфозом*) эмоциональных и поведенческих расстройств. Помимо изменения степени тяжести одно из его проявлений — обнаружение у пациентов сочетания нескольких психических расстройств — *психической коморбидности*. Как правило, имеется в виду одновременное появление нескольких расстройств или частая смена их в течение небольшого промежутка времени. В том случае, когда помимо психических расстройств имеют место еще и соматические заболевания, говорят о *мультиморбидности*. Выявление коморбидности имеет значение, во-первых, для терапии, а во-вторых, для построения гипотез этиологии болезни, анализа условий ее возникновения (например, наличие расстройств S1 и S2 может указывать на их общие причины, но возможна и другая модель условий: S1 повлекло за собой S2).

Психосоматические расстройства, расположенные в континууме здоровье — болезнь, тем более представляют трудности в диагностике, особенно для специалистов помогающих профессий, не имеющих медицинского образования.

Вследствие этих причин пациенты, так называемые «трудные больные», чьи расстройства находятся на стыке психиатрии, клиники внутренних болезней и неврологии, месяцами или даже годами не находят понимания и эффективной помощи у врачей-терапевтов, не владеющих достаточными знаниями и опытом психопатологической диагностики, психофармакотерапии и психотерапии, а также нередко у врачей-психиатров и психотерапевтов, в свою очередь не владеющих необходимыми знаниями и опытом в области

внутренней медицины. Это основная группа больных так называемого «медицинского лабиринта».

От специалиста требуется умение понять проблему и выявить симптоматику, а самое главное — найти путь к ее решению.

Сегодня в практике пограничных психиатрических расстройств и психосоматики обязательно анализируются факторы, важные для формулировки терапевтических целей, например уровень развития, интеллект, особенности личности, школьная, профессиональная и семейная ситуация, в оценочном формате учитывается и демографическая ситуация. Эти аспекты рассматриваются в многоосевых классификационных схемах эмоциональных и поведенческих расстройств у детей, подростков и взрослых.

Нередко психосоматический пациент предъявляет жалобы на расстройство физического здоровья, в его рассказе звучит история о многочисленных инструментальных и лабораторных исследованиях. От специалиста, его интуиции и творческих способностей будет зависеть, удастся ли ему вычленить психологический и социальный компоненты биопсихосоциального расстройства.

При всех психических заболеваниях детей и подростков следует принимать во внимание процессы развития растущего организма и их влияние на симптоматику расстройств и подбор методов психотерапии.

Основы психосоматики составляет пропедевтика. Пропедевтика — дисциплина о диагностике. "Bene diagnoscit — bene curat" («Кто хорошо диагностирует — тот хорошо лечит») — гласит древняя пословица. Психосоматическую пропедевтику можно считать базовой в освоении способов оказания помощи психосоматическим пациентам. Под целями пропедевтики следует понимать накопление знаний об особенностях и закономерностях проявления, течения и исходов психосоматических расстройств, их отличиях от нормы, их месте в классификационных системах, присущих им синдромам, а также обучение способам и

методам клинического выявления психосоматических *феноменов* — своеобразную «психосоматическую аускультацию»: освоение методов интервьюирования, сбора анамнеза, выдвижения гипотез и планирования алгоритма психологической помощи.

Два года назад была утверждена новая специальность «клиническая психология». В программу обучения включено несколько дисциплин, относящихся к диагностике и терапии психосоматических расстройств. Возможно, через несколько лет к молодым специалистам станут обращаться пациенты с такими расстройствами, а от подготовки студентов, формирования их клинического мышления будет зависеть адекватность применения тех или иных психологических методов в лечении данной когорты пациентов.

Все эти соображения заставили взяться за написание учебника «Основы психосоматики».

Психофизиологические и патофизиологические теории возникновения психосоматических расстройств не представлены в учебнике, так как они хорошо описаны в стандартных учебниках для студентов. В качестве этиологических факторов рассмотрены старые известные концепции — они даны в сокращенном виде. Наиболее популярные теории возникновения психосоматических расстройств представлены более подробно. Описаны некоторые концепции российских психологов.

В книге приведены различные клинко-психологические методы исследования психосоматических пациентов, все положения подробно иллюстрированы случаями из практики автора.

Многие клинические случаи описаны таким образом, чтобы читатель, основываясь на знании клинко-биографического метода, смог уловить еще особенности повествования каждого пациента. Нередко именно в таких «воспоминаниях» обнаруживается патогенез психосоматического расстройства конкретного пациента.

Материалы учебника снабжены авторскими комментариями.

Введение

Обратите внимание!

- В заметках на полях содержится расшифровка встречающихся терминов. Определения основных понятий и *главные положения приводятся в* рамках.
 - Наиболее важные теоретические установки и факты из биографии пациентов выделены жирным шрифтом.
- II Клинические иллюстрации пронумерованы и выделены следующим образом:

УЧЕБНЫЙ ПРИМЕР № _____

Большинство клинических иллюстраций заканчивается авторским комментарием, в основе которого лежит гипотетический подход, введенный в практику медицины Боткиным, а на Западе развиваемый представителями стратегического направления семейной психотерапии. Некоторые его последователи шутят, что можно флиртовать с гипотезами, но не принимать их всерьез. Студент, изучающий случай, сам может подумать о других возможных причинах появления расстройства у конкретного пациента.

Гипотеза есть умозаключение вероятности



- Фигурка совы на полях перед авторским комментарием — знак читателю подумать над клиническим случаем и выдвинуть свои гипотезы.



- Знак книги отсылает читателя к тем книгам, которые, по опыту автора, студенту будет полезно прочитать.

В приложении приведен ряд полезных диагностических оценочных форм, которые можно использовать на практических занятиях.

Автор благодарит Дмитрия Батухтина и Александра Кулакова за ценные замечания в период подготовки рукописи.

Основы психосоматики

Автор полагает, что книга окажется полезной студентам медицинских вузов, студентам, обучающимся по специальности «психология» и «клиническая психология», а также всем специалистам, к кому направляют пациентов, у которых можно найти психологические корни их физических страданий.

Критические замечания и предложения можно отправить по адресу **kulakoy@pochtanit.ru**.

Клинико- психологическая диагностика

Для диагностики психосоматических расстройств необходимо выявить соматическое расстройство и вызвавшие его психологические факторы. Соматическое состояние пациента должно быть отмечено выраженным органическим нарушением либо возможным для идентификации патофизиологическим процессом.

В психологической диагностике решаются вопросы диагностики, общие для всех сфер диагностики; кроме того, в исследовании психосоматического расстройства решаются частные проблемы, например исследование уровня организации личности и выявление ведущего аффекта в объектных отношениях.

Клинико-психологическая диагностика выполняет следующие функции: описание (жалобы), классификация, объяснения, прогноз, оценка, которые могут относиться как к отдельным индивидам, так и межличностным системам (семья, микросоциальное окружение) и имеют значение для исследования и последующих вмешательств.

В описании определяется проблема (проблемы) или расстройство (расстройства) индивида или межличностной системы, а также тип, выраженность и т. д. этих проблем или расстройств. Предъявленные жалобы фиксируются, начиная с описания имеющихся симптомов, словами инициатора обращения или того, кто первым вступил в контакт. При этом в клинической практике приходится переводить слова пациентов на профессиональный язык диагностики. Предъявленная

жалоба — это платформа, на которой базируется дальнейшая оценка:

- представление жалоб в понимании инициатора обращения, реакция пациента/семьи на обращение;
 - определение пациентом/семьей их жалоб (оценка по степени важности);
 - прогноз жизни пациента/семьи, когда проблема перестанет их беспокоить;
- О ситуации, в которых жалобы или проблемы чаще всего или реже всего возникают;
- П *способы*, которыми пациент вовлекается в проблему;
- О установки в отношении проблемы;
- интеракции вокруг проблемы;
 - «социокультурная поддержка» проблемы;
 - контекст предъявляемых жалоб.

При анализе жалоб учитываются следующие параметры:

- **субъективные проявления болезни, которые беспокоят пациента или родителя в момент беседы со специалистом. Например головные боли или манкирование учебой;**
- **проявления болезни, которые на момент беседы со специалистом отсутствуют, но более или менее регулярно возникают в течение дня, недели или месяца. Например ночные страхи, возникающие один раз в месяц;**
- **симптомы болезни, проявляющиеся только в ответ на специфические внешние факторы (обострение нейродермита после критики матери).**

Нейродермит - психосоматическое кожное заболевание, сопровождаемое сильным зудом

Молодых специалистов в области психического здоровья иногда смущает то обстоятельство, что указанные в двух последних пунктах разновидности жалоб фактически относятся к событиям прошлого — истории как таковой, но, тем не менее, их следует учитывать при формировании раздела «Жалобы», поскольку это позволяет на самом раннем этапе интервьюирова-

ния получить максимально цельную картину расстройства. Симптомы, фигурировавшие в «жалобах», выстраиваются в хронологическом порядке, поскольку жалобы рассматриваются в динамике. Итак, в разделе «Жалобы» отражаются беспокоящие пациента проявления заболевания безотносительно их взаимного развития во времени, а значит, некоторая статистическая картина болезни, в то время как в «Истории развития» описывается (а следовательно, и выясняется при опросе) развитие симптомов во времени, т. е. динамика психосоматического расстройства.

Контекст предъявляемых жалоб включает ситуации, в которых основная проблема возникает наиболее часто. Этот раздел дает нам информацию об интеракционных аспектах проблемы и открывает возможности поиска ресурсов.

Гипотеза появления проблемы, предложенная пациентом или членами его семьи, выявляет внутрисемейные убеждения, относящиеся к этой проблеме, их влияние на переживания и на методы решения проблемы. (Например, заболевание Юрия (см. учебный пример № 9) обостряется чаще всего тогда, когда жена усиливает над ним контроль: не дает ему возможности общаться с друзьями, постоянно везде его сопровождает). Такой порядок описания не позволит пропустить и явления коморбидности.

На основании симптомов заболевания можно строить первичные гипотезы появления проблем пациента. Остановимся на некоторых особенностях симптомов:

- невротический симптом или поведенческая проблема сами по себе диагнозом не являются, так как могут сочетаться с другими симптомами и служить проявлениями любого психиатрического синдрома;
- проблемы зависимости (алкоголь, наркотики, лекарства) могут играть определенную роль в возникновении эмоциональных и поведенческих расстройств у детей и подростков;

- резидуальные симптомы общего расстройства развития, а также специфические расстройства развития могут проявляться в виде невротических или поведенческих расстройств, для отличия от последних их именуют неврозоподобными;
 - особенности темперамента и личностные расстройства вносят своеобразие в клиническую картину и могут в значительной степени объяснять интенсивность расстройства и его постоянство;
- П поведенческие проблемы, синдром дефицита внимания и разнообразные специфические жалобы (тики, заикание и т. д.) могут появляться изолированно, быть симптомами отдельного психического расстройства или отражать коморбидность;
- проблемы адаптации-дезадаптации могут встречаться при всевозможных обстоятельствах. Они могут быть следствием как легких, так и серьезных клинико-психопатологических расстройств, могут служить проявлением психосоматического, личностного или эндогенного расстройства. Проблемы адаптации всегда связаны с межличностными отношениями пациента, его экосистемой, а не только с самим пациентом.

КЛАССИФИКАЦИЯ ПО МКБ-10

«Классические» психосоматические заболевания, согласно новым классификационным критериям, диагностируются прежде всего как органические болезни. Если психологическим процессам придается существенное значение в возникновении и поддержании этих болезней, то в качестве дополнительного психического диагноза в МКБ-10 применяется код F54 (психологические и поведенческие факторы, связанные с нарушениями или болезнями, классифицированными в других рубриках). В

05М-1У для этого существует код 316 (специфические психические факторы, влияющие на соматическое заболевание).

Большинство оценочных форм в медицинских учреждениях требует постановки диагноза, основанного на МКБ-10. Это самая большая классификационная система «психических и поведенческих расстройств», используемая во многих | странах. Многие психологи и психотерапевты находят I \ МКБ-10 I ограниченным для использования при анализе I психосоматических проблем и планировании I психотерапии. Тем не менее диагноз дисциплинирует | \ мышление специалиста, предохраняет от ошибок при I назначении методов психотерапии. |

Цель классификации — упорядочить многообразие отдельных явлений и подчинить их категориям более высокого уровня. В медицине важно классифицировать не только признаки, но и индивидов по типу диагнозов.

Со времени выделения Кулленом неврозов эти расстройства описывались в рамках психических нарушений, протекающих с вегетативными стигмами. Позднее стала выделяться группа неврозов, терминологическое обозначение которых было различно: вегетативные, висцеровегетативные, системные неврозы; нейроциркуляторная, вегетососудистая дистония. В международной классификации болезней (10-й пересмотр), принятой ВОЗ в 1992 г. и переведенной на русский язык в 1994, эти нарушения отнесены к классу «соматоформных расстройств».

В дискуссии вокруг новейших систем классификации встречается несколько основных понятий, которые подходят для МКБ и DSM. Ниже приведены варианты соматоформных расстройств двух наиболее ведущих классификационных систем мира.

Соматоформные расстройства по DSM-IV с кодировками по МКБ-10

- Соматизированное расстройство (F45.0)
- Недифференцированное соматоформное расстройство (F45.1)
- Конверсионное расстройство (F44.xx)
- Соматоформное болевое расстройство (F45.4)
- Ипохондрия (F45.2)
- Диморфофобическое расстройство (F45.2)
- Соматоформное расстройство неуточненное (F45.9)

Классификационная система МКБ-10, в отличие от американской классификационной системы DSM-IV, различает диссоциативные (конверсионные) (F44) и соматоформные расстройства. Признаком диссоциативного (конверсионного) расстройства, так же, как и в DSM-IV, является наличие «псевдоневрологических симптомов».

Остановимся подробнее на их характеристиках.

Конверсионное расстройство

Конверсия – трансформация эмоциональных нарушений в двигательные, сенсорные и вегетативные эквиваленты

Конверсионные расстройства традиционно понимают как потерю или нарушение физиологических функций, утрачивающих произвольное управление вследствие психологических проблем. Эти симптомы в отечественной психиатрии рассматривались ранее в рамках истерического невроза. Часто подобные состояния напоминают неврологические симптомы, но они могут поражать любую систему или орган. В детском возрасте сочетание конверсии и истерической личности встречается не менее чем в 50% диагностируемых расстройств. В отличие от других психосоматических нарушений, конверсионные расстройства у

детей имеют одинаковое распространение среди обоих полов. Образовавшийся патологический комплекс приносит индивиду первичную и вторичную выгоду, что заставляет его удерживать психологический конфликт от осознания и тем самым оберегать от возможных воздействий на него.

Необходимо подчеркнуть, что чем больше в обществе, в средствах массовой информации, в произведениях современной культуры говорят о механизме конверсии и истерии, тем меньше эти симптомы встречаются. С конверсионного симптома как бы снимается завеса тайны, необходимая для процесса символ ообразования. Например, во время Первой мировой войны самым частым психосоматическим нарушением был тремор — невротическое дрожание. Во время Второй мировой войны дрожание практически не встречалось, а самым частым психосоматическим нарушением были желудочные боли. Таким образом, организм находит новые механизмы для снятия напряжения.

Спустя столетие в невротической симптоматике на первый план выступают сомато-вегетативные расстройства и их личностная переработка. Особенно наглядно процесс «соматизации» невротических расстройств заметен на симптоматике истерии. Поблекла ее яркая психопатологическая окраска, клинической редкостью стали большие истерические припадки и другие ярко выраженные симптомы. Преобладающей формой истерических пароксизмальных состояний стали своеобразные вегетативно-сосудистые кризы типа «сердечных приступов». В то же время некоторые авторы, основываясь на опыте работы в неврологической клинике, указывают на все еще большую частоту псевдоневрологических расстройств при истерии.

Ранее считалось, что конверсия — это скорее «женская» форма патологической защиты от конфликта, в то время как для мужчин характерен скорее ипохондрический способ защиты. Между тем клинические

данные последних лет показывают, что у мужчин они также встречаются.

УЧЕБНЫЙ ПРИМЕР

Андрей Ю., 40 лет

Неоднократно был госпитализирован в неврологическую клинику по поводу затяжного радикулита с выраженным болевым синдромом и нарушением чувствительности. При случайном посещении психотерапевтической группы родителей подростков во время психодраматической постановки его сна удалось выяснить, что он служил в Афганистане, долгие годы медленно продвигался по карьерной лестнице, терпел самодурство начальника и в течение многих лет не позволял себе проявлять страх и гнев. Столкнувшись с тревожащей его ситуацией во время психодрамы, он не хотел вставать после завершения проигрывания своего сна (возник функциональный паралич) и издавал стон. Применив прием вербального отражения и усиления его звуков, удалось вызвать у мужчины крик: эмоцию страха он долгие годы «прессовал» в бессознательном. После проведения психотерапии в течение двух последующих лет неврологической симптоматики не наблюдалось.



Теоретики психодинамического направления полагают, что при образовании истерических соматоформных расстройств работают два механизма — первичная и вторичная выгода. Люди получают первичную выгоду в связи с тем, что их истерические симптомы удерживают внутренний конфликт вдали от сознания. Например, если человек испытывает неосознанный страх перед выражением гнева, то во время ссоры у него может отняться нога, что не позволит его агрессивной реакции достичь сознания. Вторичную выгоду из своих истерических симптомов люди извлекают за счет того, что эти симптомы помогают им избежать участия в неприятной для них деятельности или позволяют почувствовать доброе отношение со стороны других людей.

Первичная выгода — согласно психодинамической теории, выгода, состоящая в том, что истерические симптомы не допускают внутренний конфликт до сознания.

: **Вторичная выгода** — согласно психодинамической теории, \ выгода, состоящая в том, что истерические симптомы вызывают у других доброе отношение к больному или ; позволяют ему избежать неприятной деятельности.

Пример действия вторичной *выгоды* — *радикулит*, вызванный конверсией, который делает для офицера невозможным участие в боевых действиях в Чечне, или слепота, предотвращающая разрыв отношений.

СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Согласно МКБ-10 в разделе «Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства» (F4). Соматоформные расстройства (F45) подразделяются на три группы: соматизированные расстройства (F45.0), соматоформная вегетативная дисфункция (F45.3), ипохондрическое расстройство (F45.2). Поскольку во многих случаях соматизированные расстройства, вегетативные дисфункции и симптомы ипохондрии проявляются в различных сочетаниях, захватывая разные висцеральные системы, авторы, как правило, ограничиваются общим их определением — соматоформные расстройства. Очевидно, этим можно объяснить, что число пациентов с соматоформными расстройствами в общей массе больных в широкой врачебной практике часто превышает 30-40%.

Определение соматоформных расстройств может быть сформулировано следующим образом.

Соматические симптомы, которые нельзя в достаточной степени объяснить органическими заболеваниями и которые не являются вторичными последствиями другой, уже описанной психической симптоматики (например, депрессии или панических расстройств), называются соматоформными расстройствами.

Иатрогенные факторы — факторы, обусловленные действиями врача

Главной особенностью этих расстройств являются постоянные жалобы пациента на здоровье, продолжающиеся несмотря на отрицательные результаты медицинских обследований и отсутствие какого-либо патологического процесса, объясняющего их возникновение. В отечественной психиатрии соматоформные расстройства принято рассматривать в рамках психогенных заболеваний, динамики конституционально-личностной патологии, а основное значение в их генезе придают психогенным (в том числе **иатрогенным**) и конституциональным факторам. Соматоформные расстройства тесно связаны с ипохондрией, а также с развитием тревоги, депрессии и истерии. Широкое распространение этих расстройств явилось результатом патоморфоза психических заболеваний и успехов медицины в целом, позволивших с большой достоверностью верифицировать функциональные соматические расстройства. Таким пациентам дают различные малоприятные прозвища (клюшка, индюк), что, по мнению персонала, провоцируется фрустрирующими обстоятельствами, в которых этот персонал пребывает в связи с упорным нежеланием пациентов верить объяснениям врачей.

Также не следует забывать, что соматоформное расстройство отличается от психосоматического (в DSM-IV) тем, что второе не носит характер психопатологического синдрома, у первого же отсутствует верифицированное органическое нарушение или патофизиологический процесс.

В МКБ-10 самой ярко выраженной формой соматоформного расстройства тоже считается **схематизированное расстройство (F45)**. Термин «соматизация» был введен в медицинскую практику как альтернатива понятию «конверсия». Первоначально под соматизацией понимали трансформацию интрапсихических конфликтов в истинные соматические заболевания, впоследствии — совокупность различных психопатологических расстройств с преобладанием соматовегетативных компонентов.

Соматизированное расстройство — соматоформное расстройство, которое характеризуется множеством повторяющихся физических недомоганий, не имеющих органической основы. Называется также синдромом или расстройством Брике.

Люди, страдающие соматизированным расстройством, испытывают множество различных физических недомоганий, продолжающихся в течение длительного времени и не имеющих никакой или почти никакой органической основы.

**Купируют —
устранять (симптом)**

В анамнезе часто можно наблюдать большое число соматических жалоб, возникших до 30-летнего возраста. Эти жалобы отмечаются в течение нескольких лет; проводимое лечение не купировало их или привело к ухудшению. Настойчивое требование медицинской помощи сочетается со значительными нарушениями в социальной, трудовой и других сферах деятельности.

Соматические жалобы не связаны с какой-либо одной системой органов, и причину их невозможно объяснить известными соматическими расстройствами.

Для данного типа больных не характерна преднамеренная имитация симптомов.

При дифференциальной диагностике необходимо исключить возможность того, что эти симптомы обусловлены шизофренией или другой родственной болезнью, а также аффективным или паническим расстройством. Вероятна также связь этих жалоб с психологическими факторами и подсознательными конфликтами. Пациент обращается за помощью к различным специалистам, и иногда «его величество случай» помогает поставить правильный диагноз. Проиллюстрируем вышесказанное примером.

УЧЕБНЫЙ ПРИМЕР № 2

Валентина, 32 года.

Родители пациентки поженились очень рано» им было всего по 18 лет. Познакомились они а 8 классе школы-интерната. В то вре-

мя в их районе было только две школы-десятилетки, поэтому дети из других сел были вынуждены жить в интернатах при этих школах. Через год после свадьбы родился старший сын Сергей. Вскоре отец бросил институт, и его сразу призвали в армию. Мать перевелась на заочное отделение института и устроилась в школу учителем. Через 1,5 года службы в армии отца комиссовали по причине смерти его матери и потому, что у него остались два малолетних брата. Дед злоупотреблял алкоголем, и за детьми некому было ухаживать. Отец вернулся к жене, привезя с собой брата и сестру. Через некоторое время после возвращения отца из армии мать вновь забеременела. Рожать она не хотела и собиралась сделать аборт. Фельдшерско-акушерский пункт был в другом поселке, нужно было ехать 10 километров. Но в это время к родителям приехал свекор, и мать Валентины не смогла уехать из села. Роды были стремительными, от начала схваток до родов прошло 30—40 минут. Вес девочки при рождении был 2 кг. Когда Валентина, повзрослев, узнала о том, что мать хотела сделать аборт, то испытала чувство горечи. Ей тогда стало обидно, что оба ее брата (младший родился позже) были желанными детьми, а она нет. В детстве Валентина считала, что она не дочь своих родителей, что ее удочерили. Ей казалось, что придут настоящие родители и заберут ее к себе. До трех лет девочка находилась с братом дома; помогала в ее воспитании няня.

Одно из самых ранних воспоминаний — то, как отец вместе с братом катал ее по комнате на спине и как мать кормила рыбьим жиром, который она незаметно, не глотая, выплевывала. Из воспоминаний, связанных с болезнью, отметила один факт. Ее, больную, оставили одну дома. Она лежала на кровати, слушала шорохи, какой-то скрип в доме, было ужасно страшно, как вдруг она явственно услышала шаги в доме. Это было как шок. Оказалось потом, это пришла с работы мать и, боясь ее разбудить, разогревала обед.

*Из воспоминаний Валентины: «Отчетливо помню дом, в котором мы жили, кухню с большой печкой и комнату. На печке осенью мама сушила яблочки ранетки, которые мы с братом очень любили есть. Во дворе перед домом мама, в честь рождения каждого из нас, посадила дерево. У Сергея была яблоня, а у меня березка. Перед домом было большое крыльцо. Однажды, играя на улице, я искупалась в луже. Мама начала меня ругать и велела переодеться. Я пошла и надела очень красивый и любимый мной костюмчик желтого цвета — юбка и кофточка, и вышла на это огромное крыльцо перед домом. Увидев меня, мама сказала: *Что, ничего попроще найти не могла? Вырядилась тут*. Мне стало обидно, и я заплакала, ведь мне так хотелось ей понравиться*.*

Когда девочке исполнилось 4 года, их с братом отправили в детский сад. Она очень боялась, что их определят в разные труп-

пы — ведь он старше ее на 2,5 года. Но мать настояла, чтобы брата с сестрой оставили в одной группе. Примерно через полгода девочка заболела гриппом. После лечения, вернувшись в детский сад, в первый день она почувствовала усталость, ей очень хотелось спать. Она легла на ковер в группе и уснула. Когда вечером за ней пришел отец, воспитатель сказал: «Да она весь день на коврике в группе спит». Как оказалось потом, у девочки было осложнение после гриппа: очень рано после болезни продолжила посещение детского сада. Отец сразу же повез дочь в больницу.

Отец закончил заочно юридический институт и получил распределение в районный центр. Перед семьей встала проблема переезда. Отцу дали 3-комнатную квартиру, и семья стала обживать новое жилище.

В школу Валентина пошла вовремя, учеба давалась с трудом. Мать подолгу занималась с дочерью. В доме, где они жили, было много детей одного возраста. Ребята часто приходили к ним в гости для совместных игр. Старшие ребята, ровесники ее брата, построили во дворе домик. В этом домике постоянно устраивали пирушки, приносили еду, кто какую мог. После таких посиделок у девочки очень болел живот и, как правило, сильно тошнило. Мать, сидя у постели дочери, говорила ей, что она сама виновата, раз ест всякую гадость. Когда девочке было 9 лет, а старшему брату — 11, мать родила еще одного ребенка, младшего брата. В первый раз девочка его увидела, когда мать находилась еще в роддоме. Первое, что пришло ей на ум: «Какой он маленький, красненький и страшенький».

Спустя некоторое время к ним в поселок приехали жить бабка и дед по линии матери. Они купили себе в поселке дом. Как говорила бабка, она хочет пожить с внуками, ведь, кроме их троих, внуков у нее нет. У матери была старшая сестра, но она не была ни разу замужем и детей у нее не было. Мать спустя полгода после родов устроилась на работу, а с младшим внуком сидела бабка. Через полгода она заболела. У нее был диагностирован атеросклероз, и возникли трудности с передвижением. За младшим братом пришлось следить сестре и старшему брату.

Через два года бабка умерла. Это, пожалуй, был самый первый в жизни девочки удар, хотя она знала, что рано или поздно такое может произойти. Она навсегда запомнила бабкину радостную и какую-то умиротворяющую улыбку. Она была очень доброй и всегда веселой. Очень долго девочка чувствовала вину перед ней за то, что редко ее навещала, когда та болела. Когда у кого-то из одноклассников умирали родные, они не ходили в школу, а сидели дома, участвовали в похоронной процессии. Ей мать велела ходить в школу и забирать из садика брата, т. к. в это время старший брат был в пионерском лагере, а отец в командировке. Девочка так и не простилась с бабушкой, и впервые у нее появился страх идти до-

мой. Ей все время казалось, что где-то ее ждет бабушка, грозит пальцем и говорит: «Вот я умерла, а ты, вместо того чтобы плакать, ходишь в школу и бегаешь по поселку».

В школе после четвертого класса ей стало гораздо тяжелее учиться. Особые трудности вызывал русский язык, поэтому мать вначале стала классным руководителем, а потом учителем русского языка и литературы и учила дочь вплоть до 10 класса. Она строго контролировала выполнение всех домашних заданий по русскому языку, а также сочинений.

Из воспоминаний Валентины: Юдин раз, классе в шестом, мама и еще одна учительница русского языка зашли в кабинет, где сидел наш класс. Увидев меня, мама подошла и попросила показать тетрадь с домашним заданием. Потом она показала тетрадь учительнице и сказала: «Что только не делаю, а она (то есть я) ничего не понимает в русском языке, и у меня уже опускаются руки». Учительница взяла мою тетрадь и начала ее рассматривать. Помню свой стыд и унижение, когда при всех моих одноклассниках они вдвоем начали меня ругать. Мне хотелось встать и убежать, но я так и осталась сидеть в классе».

С одноклассниками, после того как в классе начала преподавать ее мать, сложились очень натянутые отношения. В классе училось 29 человек, причем 20 девочек и 9 мальчиков. Девочки в классе были не очень дружные, в основном разбиты на группировки. Лидирующая группировка из пяти девочек всегда унижала Валентину. Они говорили, что раз у нее мать учительница, то однокласснице нельзя доверять никакие тайны, что она жалуется, что ей завывают оценки и т. д.

В седьмом классе у Валентины впервые появились боли в области печени, особенно острые после физических упражнений. Мать обратилась к врачу, и у девочки обнаружили описторхоз, но лечить не стали, т. к. в то время лекарства от описторхоза имели побочные влияния на печень. Кроме этого, стали возникать беспричинные страхи. Она не могла заходить одна в дом и всегда ждала на улице, пока не вернется кто-либо из родственников. Нарушился ночной сон, засыпала только при включенном свете в коридоре. Далее симптоматика нарастала: не могла спать одна, а садилась на кровать к старшему брату и так сидела целую ночь. Потом мать попыталась поставить их кровати вместе, но это не помогло. Через полгода мать обратилась за помощью к невропатологу. Свой диагноз не помнит, врач выписал таблетки, после которых сон нормализовался и страхи прошли. В это же время отец начал очень сильно злоупотреблять алкоголем. В состоянии опьянения он не скандалил и никогда никого не бил. Но мать после очередного запоя мужа в течение месяца с ним не разговаривала. Хотя родители не ругались, в доме девочка ощущала сильное напряжение.

Описторхоз — одна из разновидностей глистных заболеваний

Матери удалось уговорить отца пройти лечение от алкоголизма. Хотя родители тщательно скрывали от детей эту проблему, последние все знали и обсуждали ее между собой.

Через год умер дед по линии матери. За полгода до смерти он проживал в семье Валентины и страдал параличом нижних конечностей. Его смерть внучка восприняла более спокойно, чем смерть бабки.

Менструации начались в 13 лет. О них Валентина впервые услышала от подруг, мать ничего ей не рассказывала.

Из воспоминаний Валентины: «Помню, когда они начались, я не испугалась, все сделала, как говорили подруги, и пошла в школу. Но там я почувствовала, что у меня болит живот, отпросилась с уроков и ушла домой. Когда на обед пришла мама, она меня спросила: «У тебя месячные?» — я ответила: «Да». Больше она ничего не говорила, а мне было стыдно спрашивать».

После восьмого класса девочки, которые третировали Валентину, ушли в училище и в ПТУ. Атмосфера в классе изменилась, и в старших классах упреки в том, что ее мать учительница, прекратились. По мнению Валентины, 9 и 10 классы были самыми лучшими годами школьной жизни. Она с удовольствием училась и ходила в школу, было много друзей и подруг. До сих пор часто встречается и дружит с одноклассниками.

С 7 класса любимым предметом становится химия. Поэтому когда она выбирала профессию, то руководствовалась тем, что ей очень хотелось изучать этот предмет, работать в лаборатории.

Мать уговорила поступать дочь в пединститут на факультет биологии и химии. Сдав экзамены, после зачисления, девушка испытала чувство *неудовлетворенности* будущей профессией. Как она сейчас думает, в то время еще окончательно не определилась с выбором специальности.

Первые два года учебы в институте она старалась посещать занятия, регулярно получала стипендию. На последних курсах манкировала учебой, появлялась в институте только во время сессии, быстро сдавая задолженности и экзамены. В институте участились простудные заболевания, Валентина связывает их появление с табакокурением. Студенческая жизнь в общежитии ей очень нравилась: частые пирушки, общение с друзьями. Домой родителям она звонила редко.

В начале пятого курса ее направили в инфекционную больницу с подозрением на болезнь Боткина. После сдачи анализов диагноз не подтвердился. После многочисленных обследований диагностировали различные заболевания, но ни один диагноз не подтверждался. Она пролежала в больнице целый месяц, когда ей в итоге сообщили, что она перенесла острое воспаление желчного пузыря.

После института была распределена в небольшую деревню и стала работать учителем химии в школе. Познакомилась с мужчиной;

забеременев от него, зарегистрировала брак. Мужа своего не любила, но сообщить родителям о беременности не смогла. Вопрос об аборте не стоял, она хотела родить ребенка и, «как говорится, надеялась на то, что стерпится — слюбится». Родителям выбор дочери не понравился, но она настояла на своем решении. Семейная жизнь не сложилась: муж злоупотреблял алкоголем, гулял с друзьями, а она сидела дома одна. Беременность протекала с осложнениями. Неоднократно проходила лечение в больнице из-за угрозы выкидыша. Когда до родов оставалось два месяца, она не выдержала такой семейной жизни и, *соврав* чемодан, уехала к родителям. Дома из-за этого разразился сильный скандал. Мать настаивала на разводе, а отец говорил, чтобы дочь жила с тем, кого выбрала. Потом приехал ее муж и она, чувствуя свою вину перед родителями, снова стала с ним жить. Последний месяц перед родами был особенно тяжелым: наблюдалось повышение артериального давления, присоединились сильные отеки. Родовая деятельность была очень слабой, роды длились около трех суток. Родился мальчик весом 3,5 кг и ростом 53 см. Родители купили супругам жилье в том же поселке, где жили они. Валентина с мужем переехали в новую квартиру, но через некоторое время все же развод состоялся. Она надеялась, что, получив отдельную площадь, муж бросит пить, но этого не произошло. Брак был расторгнут после 1,5-летнего совместного проживания. С тех пор 9 лет живет одна с сыном, работает в школе учителем.

Спустя некоторое время после родов из-за болей в области печени была направлена в областную больницу, где ей провели полное обследование и поставили диагноз хронический холецистит. Обострения возникали часто, периодически проходила курсы лечения. В последнее время у Валентины наблюдается повышение артериального давления и регистрируется тахикардия.



О психосоматическом компоненте своего страдания впервые задумалась, посетив психодраматическую группу

Одно из серьезных различий при диагностике множественных соматоформных симптомов между МКБ-10 и DSM-IV состоит в том, что в МКБ-10 выделяется соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы (F45.3) с подрубриками для отдельных висцеральных систем. Клиническая картина их складывается из отчетливого вовлечения вегетативной нервной системы, дополнительных неспецифических субъективных жалоб на какие-либо органы или системы органов как причину расстройства. Обычно отсутствуют данные о существенном структурном или

функциональном нарушении беспокоящего органа или системы. От соматизированных расстройств (F45.0) соматоформные вегетативные дисфункции отличаются тем, что при первых субъективные жалобы и ощущения не обладают ни выраженностью, ни постоянством и не приписываются больным все время одному органу или системе.

ЕСЛИ имеются множественные соматоформные ! симптомы, которые в основном являются симптомами вегетативного возбуждения, то их следует диагностировать как соматоформную дисфункцию вегетативной нервной системы, а не как соматизированное расстройство.

Например, возможны следующие симптомы: учащенное сердцебиение, пот, сухость во рту, приливы жара или покраснение, чувство тяжести в эпигастрии, рези или неприятные ощущения в животе. И для соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы справедливо, что при ее диагностике не должны выявляться симптомы, свойственные паническим атакам или другим фобическим расстройствам.



Ранее в петербургской психотерапевтической школе они рассматривались как системные неврозы (Мясищев, Страумит, Карвасарский, Простомолотов). Если студента заинтересует подробное описание дисфункции какой-либо одной системы (сердечно-сосудистой, дыхательной и т. д.), то мы рекомендуем обратиться к соответствующей литературе. Подробное их описание и систематизация принадлежат молдавскому психотерапевту русского происхождения Простомолотову (книга «Комплексная психотерапия соматоформных расстройств» (2000) и докторская диссертация «Соматоформные вегетативные дисфункции: клиника, патогенез, терапия» (2002)).

Ипохондрическое расстройство определяется в МКБ-10 примерно так же, как и в DSM-IV, однако

дисморфофобическое расстройство является подгруппой ипохондрии, а не образует отдельную группу, как в DSM-IV. *Ипохондрия* имеет свои признаки: убежденность в наличии болезни, сосредоточенность на здоровье, боязнь болезни, упорное злоупотребление медицинской помощью. Часто ее симптомы — это просто нормальные изменения физического состояния, такие, как случайный кашель, раздражение кожи или выделение пота. Хотя некоторые из подобных пациентов признают, что их опасения чрезмерны, большинство с этим не соглашается.

Манкирование — пренебрежение Пубертат — половое созревание

Из-за быстрых и резких физических изменений во время пубертата сосредоточенность на симптомах обычна для подростков. Хотя комплекс соматических симптомов встречается в этом возрасте нередко, возникновение ипохондрического состояния может быть связано с **манкированием** своими обязанностями. В отличие от больных с соматизированным расстройством, ипохондрические пациенты не только тяготятся симптоматическим дискомфортом, но испытывают страх наличия у них какого-то еще не найденного серьезного, угрожающего жизни заболевания.

Ипохондрические соматоформные расстройства — соматоформные расстройства, при которых люди неправильно интерпретируют незначительные и даже нормальные симптомы, связанные с функционированием организма, или свои внешние особенности и слишком сильно реагируют на них.

Ипохондрия является основой многих невротических синдромов; она наблюдается также при конституционально-личностной патологии.

Люди с дисморфофобией глубоко озабочены воображаемыми или минимальными недостатками своей внешности или якобы плохим впечатлением, производимым ими на других. Чаще всего они концентрируют свое внимание на морщинах, пятнах на коже,

волосах или выпуклостях на лице, либо на «неудавшихся» губах, носе, бровях. Некоторые беспокоятся, как выглядят их ступни, кисти рук, грудь, penis или другие части тела.

***Дисморфофобия* — соматоформное расстройство, характеризующееся исключительным беспокойством по поводу предполагаемых недостатков внешности или неприятных для окружающих особенностей.**

Некоторое беспокойство по поводу своей внешности — обычное явление в нашем обществе. Многие подростки и молодые люди, например, беспокоятся из-за угрей на коже, однако у людей с дисморфофобией такая озабоченность доходит до крайней степени. Страдающие этим расстройством иногда не могут смотреть в глаза другим людям или предпринимают грандиозные усилия, стараясь скрыть свои «недостатки», скажем, всегда носят солнцезащитные очки, чтобы не показывать свои «некрасивые» глаза. Некоторые обращаются к пластической хирургии, незначительная часть пациентов кончает жизнь самоубийством.

Соматоформное болевое расстройство. Его основная черта — жалобы на боль при отсутствии физических расстройств или жалобы на боль, которая намного сильнее, чем это могло бы быть обусловлено физическим состоянием. Часто средовой стрессор обнаруживается как нечто предшествующее боли. Подобно конверсионным реакциям, жалобы на боль могут освобождать личность от определенной ответственности или дают право на эмоциональную поддержку, которая иным образом не может быть приобретена.

***Соматоформное болевое расстройство* — это соматоформное расстройство, характеризующееся болью, ведущую роль в возникновении, силе или продолжительности которого играют психологические факторы.**

Боль не распространяется согласно зонам иннервации. Переживаемый стресс или конфликт может быть тесно связан с возникновением или усилением боли. Часто расстройство развивается после несчастного случая или во время болезни, причиняющей настоящую боль, которая затем продолжает жить сама по себе.

В то время как лица с множественными соматоформными симптомами встречаются очень часто, лишь незначительное число этих пациентов удовлетворяет критериям полной картины соматизированного расстройства. В этом заключается большая сложность, поскольку одну из самых больших групп пациентов приходится относить к таким категориям, как «недифференцированное соматоформное расстройство» или «соматоформное расстройство неуточненное», поэтому часто выдвигается требование либо расширить критерии соматизированного расстройства, либо ввести диагноз «множественный соматоформный синдром». Отличительным признаком этого соматизированного синдрома должно стать наличие множественных соматических нарушений без достаточной на то органической причины, причем для диагностики должны присутствовать от четырех до шести соматических симптомов. Еще труднее приходится при диагностике психосоматических расстройств у детей.

У детей психосоматические расстройства — характерная форма проявления психической патологии в силу возрастных, в том числе алекситимических особенностей реагирования. К типичным психосоматическим синдромам детского возраста относят состояния депривации в младенчестве, «пупочную колику», многообразные болевые синдромы, аффект-респираторные приступы, невропатические проявления, вегетосоматические эквиваленты тревоги и страха, нервную анорексию, ювенильное ожирение, ювенильную желтушность, диарею и запоры, энурез, энкопрез.

В Приложении 1 приведен список психосоматических симптомов и синдромов из книги Исаева «Психосоматические расстройства у детей», которую мы рекомендуем прочитать специалистам, работающим как с детьми, так и со взрослыми.

Еще следует указать, что в МКБ-10 соматоформные симптомы учитываются и в других группах заболеваний. Так, они приводятся в диагностической группе неврастения (F48.0), причем картина болезни характеризуется, в первую очередь, повышенной астенией в соединении с мышечными болями, оцепенением, головными болями, расстройствами сна или раздражительностью.

К сожалению, существующие классификации не основаны на едином подходе, в них включено ограниченное число синдромов и заболеваний; ряд аналогичных расстройств остался за их пределами. Все же они могут быть использованы в клинической и профилактической работе, так как предполагают принципиально различные подходы к диагностике, лечению и профилактике. Одним из вариантов выхода из «кризисной» ситуации является использование многоосевых подходов и концепции мультимодальности.

Главное положение клинко-психологической диагностики — это принцип мультимодальности. Он принят в самых разных диагностических концепциях. Мультимодальность означает, что вместо унивариантного подхода выбирается мультивариантный, при котором соответственно варьируют отдельные оси или уровни.

МУЛЬТИМОДАЛЬНОСТЬ КАК ОСНОВНОЙ ПРИНЦИП ДИАГНОСТИКИ

Под мультимодальностью или многометодной диагностикой подразумевают умение интегрировать информацию, полученную разными методами, при этом диагност располагает определенными фундаментальными познаниями в диагностике, близко знаком с разносторонними методами и умеет интегрировать данные диагностики и использовать их для терапии.

Следующие плоскости служат для анализа информации, полученной у пациента:

- биологическая/соматическая плоскость: она часто подразделяется на биохимическую, нейрофизиологическую, психофизиологическую сферы; на первом плане стоят соматические процессы, которые можно зафиксировать физическими или химическими способами;
- психическая/психологическая плоскость: акцент ставится на индивидуальном переживании и поведении (включая деятельность);
- социальная плоскость: в центре внимания находятся межличностные системы (социальные условия, семейная ситуация);
- экологическая плоскость: в этом ракурсе рассматриваются условия проживания, материальные условия, качество жизни.

Исследование и практика могут проводиться в разных сферах. Наличие таких понятий, как нейропсихология, психоиммунология, психосоматика и т. д.

говорит о том, что отдельные плоскости не представляют собой закрытые системы, но связаны друг с другом. Абсолютизация какой-то одной плоскости не может дать полной картины при работе с пациентом; кроме того, целью исследования не может быть объединение высказываний, относящихся к различным областям, в одной-единственной плоскости данных.

В настоящее время предложено множество вариантов для системного анализа проблем. Остановимся на наиболее известных из них.

Мультимодальный профиль Лазаруса — специфически организованный вариант системного анализа, проводимый по семи направлениям — BASIC-ID (по первым английским буквам: behavior, affect, sensation, imagination, cognition, interpersonal relation, drugs — поведение, аффект, ощущения, представления, когниции, интерперсональные отношения, лекарства и биологические факторы). В практике это необходимо для планирования вариантов психотерапии и для обучения начинающих психологов методам интегративной психотерапии. Использование мультимодального профиля позволяет лучше войти в проблему пациента, он соотносится с многоосевой диагностикой психических расстройств, дает возможность одновременно наметить варианты психотерапевтической работы. В Приложении 2 приводится мультимодальный опросник жизненной истории, который рекомендуется после первого интервью давать пациентам на дом, чтобы более тщательно проанализировать предоставляемую информацию.

УЧЕБНЫЙ ПРИМЕР №3

Николай Б., 20 лет

В качестве иллюстрации данного подхода приведем мультимодальный профиль Николая Б., направленного на консультацию к психотерапевту после операции ушивания прободной язвы, составленный во время первого интервью. Основные проблемы юноши и возможные варианты психотерапевтических вмешательств выглядели следующим образом (см. табл. 1).

Мультимодальный подход Оудсхоорна. Для обучения психологов и психотерапевтов навыкам концеп-

Таблица 1. Мультиmodalный профиль пациента с язвенной болезнью

Параметры	Описание	Возможные варианты психотерапии
Поведение	Застенчивость	Поведенческий анализ, индивидуально проводимый тренинг уверенного поведения, групповая психотерапия
Эмоции	Обида на отца, ненависть к матери	Проработка этих проблем на индивидуальных сеансах психотерапии
Ощущения	Скованность при разговоре с незнакомыми девушками	Вторичные телесные проявления должны устраниваться в ходе проводимой психотерапии, приемы телесно-ориентированной психотерапии на отдельных занятиях
Представления	Повторяющийся сон о пережитой им аварии и картины смерти его друга	Проработка данной проблемы в гештальт-экспериментах, клинических ролевых играх
Копиции	Иррациональная установка генерализации: «Всегда надо отомстить за унижение»	Замена иррациональных установок на рациональные, позитивные
Межличностные отношения	Отец: отрицательное отношение к бывшей жене, вовлечение сына в коалицию; сестра: конфликты	Семейные сессии с каждым членом семьи
Лекарства	Антимикробные средства, направленные на уничтожение <i>Helicobacter pylori</i>	Отмена по мере улучшения физического состояния и при отрицательных лабораторных пробах

Helicobacter pylori – бактерия, вызывающая воспаление и изъязвление стенки желудка. Распространенная биологическая концепция возникновения язвенной болезни

туализации и планированию семейной психотерапии нами адаптирована схема стратегической модели Оудсхоорна (1993). При ее использовании любую проблему можно представить в виде «слоеного пирога» из 6 уровней. Каждый уровень отражает соответствующие биопсихосоциальные теории, которые служат для выдвижения частных гипотез и подбора психотерапевтических вмешательств. Подход Оудсхоорна является мультиmodalным, соотносится с многоосевыми классификациями психических расстройств, при его применении психоаналитические, поведенческие, когнитивные, коммуникативные и системные семейные теории не противоречат друг другу.

Схема выдвижения многомерных гипотез

Повод обращения (жалобы). 1. Жалобы, которые беспокоят пациента или родителя в момент беседы с врачом. Например головные боли или манкирование учебой. 2. Жалобы, которые на момент беседы с врачом отсутствуют, но более или менее регулярно, периодически, возникают в течение дня, недели или месяца. Например, ночной энурез возникает один раз в месяц, снижение успеваемости в конце учебного года. 3. Жалобы, возникающие только в ответ на специфические внешние факторы (появление тиков после критики матери, манкирование учебой при получении двойки).

При докладе следует распределить жалобы и данные клинко-психологического исследования на уровни.

Уровень 1. Проблемы с внешним социальным окружением. Этот уровень рассматривает проблемы членов семьи в контексте социальных связей. Он охватывает среди прочего учебу в школе или работу членов семьи, отношения с дальними родственниками, друзьями, знакомыми, соседями, жилищные условия и доходы семьи. Гипотезы этого уровня объясняют возникновение психологических проблем неблагоприятными факторами внешней среды. Например, травля ребенка одноклассниками, отсутствие у родителей работы по специальности, низкая материальная обеспеченность семьи, насилие на улице и другие психотравмирующие ситуации. Другие примеры отягощающих факторов микросоциального окружения: дискриминация одного из членов семьи, миграция или эмиграция семьи, хронические интерперсональные трудности коммуникации в школе или на работе, конфликтные отношения с одноклассниками, роль «козла отпущения». При анализе демографической информации важно обращать внимание на расу, класс, культурный уровень семьи и сексуальную ориентацию. Особенно это касается тех семей, которые составля-

ют недоминантную группу (например, член семьи — беженец из средней Азии или член семьи — гомосексуалист). Системное мышление предполагает изучение не только непосредственного семейного окружения, но и всей экосистемы пациента.

Уровень 2. Проблемы в семье. Рассматриваются проблемы семьи как естественной группы. Симптоматическое поведение «идентифицированного пациента» анализируется как следствие нарушений функционирования всей семьи или отдельных ее подсистем. Акцент делается не на индивидуальных характеристиках членов семьи, а на их взаимодействии и структурных особенностях семейной организации. Придается большое значение сбору семейного анамнеза, структуре семьи, иерархии, сплоченности, границам, коммуникации, треугольнику как единице оценки семьи, коалициям; рассматриваются стадии жизненного цикла, анализируется семейная история, горизонтальные и вертикальные стрессоры; определяются функции симптомов в семейной системе (морфостатическая функция, морфогенетическая функция), выясняются их «коммуникативные метафоры».

Уровень 3. Когнитивные и поведенческие проблемы. Они охватывают нарушения или трудности в области эмоций, когнитивных функций или поведения пациента, объясняемые с позиции теории научения (стимул-реакция, положительное и отрицательное подкрепление, когнитивный дефицит или искажение, определение цепочки АВС: активирующее событие, убеждение, эмоциональные и поведенческие последствия; выявление специфических автоматических мыслей, предшествующих отрицательным эмоциям или дезадаптивному поведению (связь между иррациональными установками и поведением); контакт; невербальные признаки коммуникации; пассивное (пассивно-агрессивное), агрессивное или уверенное поведение; развитость социальных навыков; характеристика сферы общения пациента; самооценка — адекватная, низкая, завышенная; способность к адап-

тации, устойчивость к стрессу; копинг-механизмы (механизмы совладания с трудностями и со стрессом); мотивы поведения (надо исследовать мотивы поведения особенно в сексуальной сфере и сфере агрессии, обратить внимание на иерархию мотивационно-потребностной сферы, выяснить блокировку основных потребностей, определить временную перспективу); суицидные мысли и намерения; ресурсы и положительные особенности ребенка.

Уровень 4. Эмоциональные конфликты. Эмоциональные расстройства имеют осознаваемую и неосознаваемую стороны (двойное дно); аффекты (следует особо описать такие аффекты, как тревога, депрессия, страх, чувство вины, апатия, депрессия); защитные системы (наличие защиты можно изучать по наличию или отсутствию фобий, обсессивно-компульсивного поведения); невротические механизмы защиты — бессознательные способы редукции эмоционального напряжения. Следует также учитывать фазы и периоды психического развития (по Ковалеву и Эльконину, Фрейду, Эриксону, Кернбергу и др.), своевременное их прохождение ребенком, соответствие симптоматики возрасту.

Уровень 5. Нарушения развития и личностные расстройства. На этом уровне формируются длительные и глубинные отклонения. Это касается различных аспектов как «искаженного», так и «поврежденного» развития: аутизм, ядерные психопатии, психогенные патологические формирования личности (краевые психопатии), а также специфические аномалии развития. На этом уровне дается характеристика степени личностной зрелости; проводится психоаналитическая диагностика личности; определяются уровни нарушений (невротический, пограничный, психотический); «словная приятность» симптомов. Изучается общая картина проблем (симптомов) пациента, его отношения к ним (эго-дистонное, эго-синтонное расстройство).

Уровень 6. Биологические нарушения. Формулируется гипотеза, согласно которой биологические фак-

Эго-дистонное расстройство — осознаваемое и мешающее человеку; эго-синтонное расстройство — присущее личности и чаще мешающее микросоциальному окружению (как в случае расстройств личности)

торы (отягощенная наследственность, прс-, пери-, и постнатальные поражения ЦНС) являются ведущими в происхождении симптоматического поведения. Учитываются физические болезни и их влияние на становление личности. В этих случаях в основном оказывается медикаментозная помощь.

УЧЕБНЫЙ ПРИМЕР № 4

Ольга И., 33 года

На консультацию к психотерапевту Ольга И. обратилась с основной жалобой на избыточный вес (112 кг при росте 170 см). Кроме этого, обозначился ряд других жалоб и актуальных психологических проблем: затяжной конфликт с мужем, недовольство собой, обидчивость, неудовлетворенность половой жизнью, чувство сильного утомления.

Бабушка пациентки страдала сахарным диабетом, бабушкина сестра — маниакально-депрессивным психозом. У отца регистрировалась гипертоническая болезнь, он злоупотреблял алкоголем. У матери был избыточный вес, желчно-каменная болезнь.

Ольга родилась на Украине. Беременность и роды матери протекали без особенностей. После родов у матери быстро пропало молоко (в течение двух недель). Девочку кормили молоком другой женщины, рано ввели молочные смеси и прикорм. С самых ранних лет Ольга испытывала недостаток родительской заботы, внимания, ласки. Отец часто выпивал, много времени проводил вне дома, дочь почти не занимался. Мать была лидером в семье, с твердым характером, большую часть времени отдавала работе. Воспитанием Ольги занималась заботливая, опекающая, контролирующая бабушка. Девочка росла и развивалась в соответствии с возрастом. Помнит, что очень болезненно переживала недостаток общения с родителями. Ее часто посещали фантазии, что они не родные ей, поэтому ее не любят. Когда Ольге было 5 лет, у нее появилась младшая сестра. В этом же возрасте у нее отмечен энурез. Несколько раньше перенесла пиелонефрит. В детстве очень плохо ела. Вспоминает, что бабушка обычно прикладывала большие усилия, чтобы накормить ее.

В школе была спокойным, но чувствительным, обидчивым ребенком. После школы окончила медицинское училище. Некоторое время работала по специальности. Последние годы занимается своим бизнесом.

Первый раз *вышла* замуж в 18 лет. Отчасти этот шаг был вызван желанием уйти от родителей. Переехала с мужем в Санкт-Петербург. Родители до сих пор проживают на Украине, отношения с ними в настоящее время довольно ровные, добрые. Отношения с мужем не сложились, и брак быстро распался, во многом, вероятно, из-за незрелости супругов. Однако Ольга стремилась создать се-

мью, найти человека серьезного, внимательного и заботливого. Потребность в надежной опоре и защите определили выбор второго мужа: он на 27 лет старше Ольги, неплохо обеспечен, питает к жене нежные, почти родительские чувства. Брак продолжается уже 9 лет, есть дочь 7 лет. Проблемы в семейной жизни начались через некоторое время после рождения ребенка. У Ольги появляется желание стать более самостоятельной, независимой. Она делает попытки изменить распределение ролей в семье, что ей удается после того, как муж выходит на пенсию, а она устраивается на хорошую работу. Теперь она содержит семью, с некоторой снисходительностью опекает пожилого и уже не вполне здорового мужа. Для него такая ситуация непереносима, он протестует, отдаляется и отношения принимают конфликтный характер.

В 1994 г. у нее были роды с помощью кесарева сечения. Трижды делала аборт. С 18 лет отмечались явления ВСД. В течение последних четырех лет отмечаются периодические колебания АД до 160/100 мм рт. ст. Примерно в это же время был найден узел в щитовидной железе, однако через некоторое время при повторном обследовании его уже не оказалось. Недавно обнаружили камень в левой почке без клинических проявлений. Несколько последних месяцев эпизодически курит. Алкоголь употребляет редко. Менструальный цикл регулярный, отмечает повышение аппетита за несколько дней до месячных. Половая жизнь нерегулярная, не удовлетворяет ее. Ольга сильно «комплексует» по поводу избыточного веса. Очень низко оценивает свою сексуальную привлекательность. Говорит, что ненавидит свое тело. В связи с этим испытывает большие сложности при вступлении в интимную близость. Ее раздражает, что она нравится некоторым мужчинам. Говорит, что если бы и они ненавидели ее так же, как она себя, то она бы, вероятно, уже давно похудела.

Полнота у Ольги с семилетнего возраста. Особенно сильно поправилась после родов — в течение двух лет набрала двадцать с лишним килограммов (стала весить около 100 кг), затем вес медленно, но неуклонно нарастал. Питается довольно беспорядочно, аппетит всегда хороший, пропадает только в стрессовых ситуациях. На сознательном уровне не придает еде повышенного значения, по степени важности пища уступает таким сферам, как семья и секс. Периодически пытается ограничивать себя в еде, следует различным диетам, принимает всевозможные пищевые добавки для похудения, но какого-либо существенного результата не получила. Физические нагрузки очень незначительны. Заметила, что недостаток чувственных наслаждений побуждает ее чаще прибегать к утешению едой. Сознательный контроль в этих ситуациях ослаблен.



Рассматривая историю Ольги в свете мультиmodalного подхода, необходимо распределить получен-

ную информацию по Удвням. Наследственная отягощенность аддиктивной и психосоматической патологией, плохой аппетит, наличие других психосоматических проблем: энурез, артериальная гипертензия, узел в щитовидной железе и камни в почке (уровень 6); раннее нарушение детско-родительских отношений: эмоциональное отвержение со стороны родителей, ролевой конфликт с мужем (уровень 2); тема питания звучала в семье детства, повышенный контроль бабушки за едой, связь между дефицитом половой жизни и питанием. Фрустрация сексуальной потребности вызывает заместительную гипертрофию оральной потребности в пищевом удовлетворении (уровень 3); склонность пациентки к психосоматическому реагированию как специфической форме переработки конфликта, зависимость от окрашенных негативным отношением фрустрирующих интернализированных родительских фигур проявляется в поиске подходящего объекта и перекладывании его (вначале проекция отца на мужа, затем идентификация себя с матерью). Причем этот процесс начался после появления ребенка (т. е. когда актуализировалась материнская роль), и именно в этот период отмечался наибольший прирост массы тела; нарушение функции агрессии определяется недостаточной способностью направлять агрессию в конструктивное русло. Вследствие этого могут иметь место аутоагрессивные тенденции (которые могут соматизироваться) и сложности в построении глубоких межличностных отношений, что ведет к неудовлетворенности собой и отношениями с окружающими (в том числе и сексуальными) и обостряет нарциссические потребности. В этой ситуации пищевое удовлетворение может играть компенсаторно-заместительную функцию. Глубоко затаенная тревога также может играть важную роль в возникновении психосоматического заболевания (уровень 4).

При составлении или написании клиничко-психотерапевтического заключения необходимо получить информацию о мотивации пациента и семьи к изме-

нениям. Подчеркнуть наиболее важные проблемы, которые могли бы послужить «мишенями» для психотерапии. При планировании психотерапии — отметить цели и этапы психотерапии, возможные терапевтические методики в начале работы со всей семьей и отдельными ее членами. Указать число сеансов.

МНОГООСЕВАЯ

ДИАГНОСТИКА

На характер протекания психосоматических расстройств влияет множество факторов: наследственность, закономерности течения заболевания, ход индивидуального развития (рост, созревание, индивидуализация, формирование, обучение), возраст и пол; системные влияния (психотерапия и другие виды помощи), «случайные события» (жизненные события, факторы окружающей среды), факторы риска, защитные факторы самого пациента и его окружения. Под защитными факторами понимают влияния, способные *задержать* ^ *смягчить* или *предотвратить проявление* заболевания, причем их действие не обязательно сопровождается положительными или радостными переживаниями. Они могут различным образом взаимодействовать: суммироваться, взаимно усиливаться, взаимоисключаться или дополнять друг друга.

В МКБ-10 многоосевая диагностика находится в стадии подготовки, в DSM—IV — это важная составляющая часть. Выделяются следующие оси.

Ось 1. Клинические расстройства, другие клинические релевантные проблемы (состояния, которые нельзя отнести к какому либо психическому расстройству, но дающие повод для наблюдения или лечения).

Ось 2. Расстройства личности, задержка умственного развития (в категории расстройств, которые диагностируются главным образом в детском или подростковом возрасте).

Ось 3. Соматические болезни.

Основы психосоматики

Ось 4. Психосоциальные проблемы и проблемы, обусловленные окружающей средой.
Ось 5. Глобальная регистрация уровня функционирования (шкала с десятью делениями; наивысший уровень в течение года); минимум двух месяцев за прошедший год).
Многоосевой подход при анализе психосоматического расстройства использован в случае Павла Б. (см. Многоосевый пример № 7).
Функциональный диагноз отражает понятие «Функциональный диагноз».

Функциональный диагноз — это диагноз индивидуальной приспособляемости больного, его выживания в болезни, он отражает взаимодействие больного с социальным окружением и обществом. В формировании функционального диагноза наряду с критериями функционального диагноза важную роль играют психологического значения аспекты, отражающие психологические и социальные аспекты, функциональные психологические факторы адаптации к недостаточности и внешние условия психосоциальной ситуации, связанные с особенностями психосоциальных воздействий окружения на больного.

МНОГООСЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Кроме общепринятой известной классификации психических и поведенческих расстройств — МКБ-10 — существует и многоосевая схема классификации психических заболеваний (MOS), разработанная специально для детской и подростковой психиатрии группой детских психиатров в сотрудничестве с ВОЗ. Она включает в себя шесть осей, или измерений: *клинический психиатрический*

синдром (первая ось), *нарушения развития* (вторая ось), *уровень интеллекта* (третья ось), *физические болезни и нарушения* (четвертая ось), *аномальные психосоциальные условия* (пятая ось), *степень тяжести имеющихся нарушений* (шестая ось).

Категории первой оси охватывают нозологические формы, описанные в МКБ-10 под шифрами F0–F5, а также F9; категории второй оси — F80–F83, а также F6; категории третьей оси частично расположены в рубрике F7; категории четвертой оси расположены в разделах A–E и G–Y МКБ-10.

Параллельно с МКБ-10 ВОЗ предложила схему психосоциальных влияний, обозначенную как пятая ось многоосевой классификации. В ней группа 1–4 отражает внутрисемейные отношения; группы 5, 7 и 8 — особенности микросоциального окружения; группа 6 включает острые стрессовые события, а группа 9 — факторы, связанные с психическим расстройством.

Психосоциальные влияния (пятая ось)

1. Нарушенные внутрисемейные отношения.
 - 1.1. Недостаток тепла во взаимоотношениях родителей и детей.
 - 1.2. Дисгармония между взрослыми в семье.
 - 1.3. Враждебное отношение к ребенку.
 - 1.4. Телесные наказания.
 - 1.5. Сексуальные злоупотребления (инцест).
2. Психические расстройства, отклоняющееся поведение или препятствия нормальному развитию ребенка в семье.
 - 2.1. Психическое расстройство или отклоняющееся поведение одного из родителей.
 - 2.2. Препятствие нормальному развитию ребенка со стороны одного из родителей.
 - 2.3. Препятствие нормальному развитию ребенка со стороны братьев или сестер.
3. Неадекватные или искаженные внутрисемейные коммуникации.

4. Неадекватные условия воспитания.
 - 4.1. Гиперпротекция.
 - 4.2. Недостаточный родительский надзор и управление.
 - 4.3. Воспитание, не формирующее опыт у ребенка.
 - 4.4. Несоответствующие требования и запреты родителей.
5. Отклоняющееся микросоциальное окружение.
 - 5.1. Воспитание в интернате.
 - 5.2. Длительный конфликт между родителями.
 - 5.3. Изолированная семья.
 - 5.4. Условия жизни с возможными психосоциальными вредностями.
6. Острые, отягощающие жизненные события.
 - 6.1. Потеря любви.
 - 6.2. Стресс вследствие помещения в чужую семью.
 - 6.3. Стресс вследствие появления нового члена семьи.
 - 6.4. События, приводящие к понижению самооценки.
 - 6.5. Сексуальные злоупотребления вне семьи.
 - 6.6. Другие события, вызывающие беспокойство и стресс.
7. Отягощающие факторы микросоциального окружения.
 - 7.1. Дискриминация одного из членов семьи.
 - 7.2. Миграция или эмиграция семьи.
8. Хронические интерперсональные трудности коммуникации в школе или на работе.
 - 8.1. Конфликтные отношения с одноклассниками или коллегами.
 - 8.2. Роль «козла отпущения».
 - 8.3. Хронический стресс в школе или на работе.
9. Отягчающие обстоятельства вследствие психических отклонений у детей.
 - 9.1. Воспитание в интернате вследствие психического расстройства.
 - 9.2. Нарушения поведения вследствие помещения в незнакомую среду.
 - 9-3. Другие обстоятельства, приводящие к снижению самооценки.

МНОГООСЕВОЙ КОД

1. Клинический психиатрический диагноз
2. Нарушения развития
3. Уровень интеллекта
4. Физические болезни и нарушения
5. Аномальные психосоциальные условия
6. Степень тяжести имеющихся нарушений

Определение степени тяжести расстройства позволило в рамках многоосевой классификации (шестая ось) создать глобальный оценочный код (табл. 2),

Шестую ось можно использовать и как критерий эффективности любой терапии.

Таблица 2. Шкала общей оценки тяжести состояния у детей и подростков

Баллы	Параметры
10	Оптимальное функционирование во всех областях
9	Хорошее функционирование во всех областях
8	Не более чем легкая дисфункция дома, в школе или в контактах с ровесниками
7	Сложности в одной области, но в целом достаточно успешное функционирование
6	Переменное функционирование со спорадическими трудностями или симптомами во многих, но не во всех областях
5	Среднее снижение функционирования в нескольких социальных областях или сильное западение функции в одной области
4	Сильное снижение функционирования во многих областях и неспособность функционировать в какой-то одной области
3	Неспособность функционировать почти во всех областях
2	Нуждается в значительной заботе
1	Нуждается в постоянной заботе

Многофакторный подход к диагностике психосоматических расстройств особенно важен именно для детской и подростковой клиники. Учет помимо клинического психиатрического синдрома (на котором основывается используемый до сих пор код МКБ-10) еще четырех параметров, и прежде всего психосоциальной оси, дает возможность оценить наличие психиатрического синдрома в контексте микросоциальных условий, что необходимо учитывать при проведении психотерапии и психопрофилактических мероприятий.

Приведем пример использования многоосевого диагноза в консультировании и психотерапии пациента поликлиники.

УЧЕБНЫЙ ПРИМЕР № 5

Илья П., 10 лет

Обратился с жалобами на частые колющие и ноющие боли в животе после каждого приема пищи, ежедневно, длительностью 5–20 минут. Боли локализуются в околопупочной области, больше слева от пупка. С характером пищи напрямую не связаны, несколько чаще боли возникают после употребления молока, сладостей, рыбы, кислых яблок, хлеба. Прекращаются в положении лежа, без лекарств. Аппетит сохранен, даже повышен, не выдерживает трехчасового промежутка между приемами пищи. Периодически отмечаются вздутие, урчание в животе, метеоризм. Во время занятий в музыкальной школе боли отсутствуют.

Со слов матери, отмечаются особенности характера и поведения: болезненное самолюбие, обидчивость, вспышки агрессивного поведения, снижение интереса к урокам, трудности в засыпании (до одного часа), страх темноты, эпизодический ночной энурез.

Наследственность отягощена различными психосоматическими заболеваниями по линии матери и отца.

Анэнцефалия - врожденное отсутствие мозга

Шкала Апгар — десятибалльная шкала оценки здоровья новорожденного на момент после родов

Золотистый стафилококк — микроорганизм, часто вызывающий заражение крови

Мальчик родился в результате второй беременности (первый ребенок — недоношенный мертворожденный, с пороками развития — в том числе анэнцефалия; мать обследована в генетическом центре и женской консультации — причина не выяснена). Беременность протекала с токсикозом в первой половине, на фоне хронического пиелонефрита (длительная фебрильная температура, стационарное лечение, курс антибиотиков). Роды вторые — срочные (39–40 недель), с родостимуляцией. Ребенок родился весом 3650 г, ростом 53 см. Закричал сразу, оценка по шкале Апгар — 8–9 баллов. Приложен к груди в первые сутки, сосал вяло. Выписан на шестой день с невосстановленной массой — 3550 г.

В первые недели жизни ребенка мать отмечала беспокойство, срыгивания, опрелости в складках. В возрасте одного месяца у ребенка был обнаружен в крови золотистый стафилококк. Получал медикаментозное лечение. Грудное вскармливание — до двух недель, затем — искусственное вскармливание. Фразовая речь — с трех лет, примерно в это же время становится очень подвижным. «Расторможенность» уменьшилась к пяти годам.

Пока Илья не исполнилось 3 года, семья живет в деревне, мальчик наблюдается врачом нерегулярно, не обследуется, не лечится, прививки не проводятся. В 3 года, после начала посещений детского сада, возникают частые простудные заболевания, повторяющиеся двусторонние отиты, фарингиты, аденоидиты (получал несколько курсов ампициллина, бисептола, симптоматических

средств). С этого же возраста отмечаются эпизоды ночного энуреза (до нескольких раз в неделю).

В 6 лет появились боли в животе, рвота без подъема температуры; ребенок обследован в дневном стационаре. Диагноз — дискинезия желчевыводящих путей на фоне деформации желчного пузыря. Предписана диета, ферменты, желчегонные травы.

В 6,5 лет мальчик поставлен на учет к эндокринологу с диагнозом: группа риска по СД. Гиперплазия щитовидной железы второй степени, эутиреоз.

Воспитанием ребенка больше занимается мать, она строго следит за соблюдением режима дня и питания. Мальчик находится на домашнем обучении (с матерью), большого интереса к учебе не проявляет, быстро отвлекается, утомляется, хотя успеваемость отличная. Помимо учебы занимается музыкой (виолончель, фортепиано, сольфеджио). Со сверстниками общается мало, гуляет редко, утром встает в 9 часов, ложится в 21 час (засыпает через час, бывают кошмарные сновидения). В 0 часов мать будит его в туалет, и затем он засыпает до утра.

Анамнез болезни. В октябре 1996 года (в возрасте 8 лет) отмечен подъем температуры до 39 °С, рвота три раза, частый жидкий стул (до 20 раз) со слизью, комочками. **Диагноз:** острый гастроэнтероколит. Получал антибиотики и препараты, восстанавливающие кишечную флору. Через две недели от начала заболевания консультирован инфекционистом по поводу субфебрилитета, болей в животе. Поставлен **диагноз:** иерсиниоз, кишечная форма. Назначен левомицетин. После первого дня приема препарата появилась аллергическая сыпь, левомицетин отменен и проведен курс гентамицина — 10 дней.

В мае 1997 года (через шесть месяцев) — возобновление и учащение болей в животе, вздутие, метеоризм, подъем температуры до 37,6 °С. Стул нормальный. Иммунологические пробы отрицательные. Через неделю появилась сыпь на лице, туловище, конечностях, возникли боли в области голеностопных и тазобедренных суставов при ходьбе, температура субфебрильная, нарушений стула нет. Получал комплексное лечение. В сентябре 1997 года обследован по поводу сохраняющегося субфебрилитета и болей в животе. Основной диагноз: хронический аденоидит. Сопутствующий: вазомоторный ринит. Хронический гастродуоденит.

В октябре 1997 года оформлено обучение на дому.

В ноябре 1997 года консультирован неврологом. **Диагноз:** резидуально-органическая энцефалопатия. Астеноневротический синдром, пароксизмальные расстройства сна, родовая травма шейного отдела позвоночника, миотонический синдром. Энурез (недостаточность сегментов S₃—S₅ позвоночника).

С этого времени (с декабря 1997 года) ребенок обследуется и наблюдается в городском диагностическом центре, получая реко-

Субфебрилитет —
Температура тела от
37 до 38 °С

резидуально-органическая энцефалопатия — остаточные изменения после перенесенных органических заболеваний в период беременности или вскоре после родов

тире. Перед тем как пациент пошел в школу, семье дали отдельную квартиру. Отца ожидало сокращение на службе.

Мать имеет образование фельдшера, по характеру тревожная и обидчивая. Тема обиды (аутоагрессии) звучит в трех поколениях. Женщина до сих пор обижена на свою мать, так как та, будучи агрономом по специальности и много работая, мало уделяла ей внимания. Семья изолирована от других родственников, с закрытыми внешними границами. Первый ребенок, мертворожденный, способствовал усилению гиперпротекции у матери по типу «фобии утраты». Мать, оставив работу, сосредоточила все свое внимание на здоровье сына, ее вовлеченность в симптоматику ребенка порой носит сверхценный характер.

Когда Илья был маленьким, отец не хотел им заниматься, так как у него была иррациональная установка, что «ребенок до 7 лет — мамин». Матери удалось заставить отца «любить» сына.

Перед тем как мальчик пошел в школу, у отца появилась любовница. Вскоре отец вернулся в семью, но «женщина» мужа не посчитала, что роман закончен, звонила в семью, иногда мальчик брал трубку, слышал молчание. Сам ребенок не придавал большого значения этому событию. Мать «виноватила» отца через ребенка. В семье нарушены границы, коммуникация; отношения между членами семьи «инфантильно-обидчивые».

Пациент обнаруживает несколько генетических стигм: деформированный желчный пузырь, множественные дефекты костей позвоночника, у него стойкий энурез. У ребенка нет близких друзей, нет образцов для другого поведения. Соматические и психосоматические расстройства, обильный прием медикаментов, ограничение ребенка в физической активности и в пище также создали слабое физическое Я.

Мальчик демонстрирует признаки пассивно-агрессивного поведения, имеет место школьная и социальная дезадаптация. Симптоматика в виде регресса

на оральную стадию носит характер психологической защиты от повзреления. Ресурс: симптомы отсутствуют на занятиях в музыкальной школе.

Заключение. Сочетание биологических, психологических и социальных факторов, в том числе многочисленные обследования у разных специалистов, привели к тому, что у мальчика, имевшего соматическую патологию, стали выявляться признаки психогенного патологического формирования личности (сочетанный вариант **патохарактерологического и иатрогенного** развития). Симптоматическое поведение «идентифицированного пациента» носило морфостатический характер, предохраняя неудачный брак родителей от распада, кроме того, неправильное воспитание способствовало закреплению инфантильных способов реагирования на трудности. Все вышеперечисленные факторы привели к срыву центральных механизмов иммунитета. Ребенок входит в группу риска по развитию поведенческих и эмоциональных расстройств в подростковом возрасте и нуждается в комплексном лечении у педиатра и психолога (психотерапевта).

А вот как бы мог звучать диагноз с использованием многоосевого кода.

- L Клинический психиатрический диагноз.** Энурез (F98.0).
1. **Нарушения развития.** Невроз характера (F60.9 по МКБ-10) или психогенное патологическое формирование личности: вариант патохарактерологического и иатрогенного развития.
 2. **Уровень интеллекта.** Соответствует возрасту.
 3. **Физические болезни и нарушения.** Вторичное иммунодефицитное состояние неясной этиологии.
 4. **Аномальные психосоциальные условия.** Неадекватные или искаженные внутрисемейные коммуникации (длительный супружеский конфликт, разрешаемый через ребенка).
 5. **Степень тяжести имеющихся нарушений (7 баллов).** Сложности — в одной области, но, в общем, дос-

Патохарактерологическое развитие — формирование личностного расстройства в результате закрепления патологических черт характера семьей

Мультиmodalность как основной принцип диагностики

таточно успешное функционирование (школьная и социальная дезадаптация).

Назначение иммунала, ноотропов и семейная психотерапия, направленная на восстановление границ между подсистемами, устранение препятствий для нормального развития ребенка подтвердили правильность системной гипотезы.

Катамнез через 5 месяцев. Боли в животе отсутствуют. Нормализовались показатели иммунограммы, прекратился энурез. Перешел на обычное школьное обучение, продолжает посещать музыкальную школу. Расширяет диету и общение с ровесниками.



Перед специалистом в области психического здоровья детей и подростков всегда встает вопрос: «Насколько равноценно расстройство?». При одинаковых причинах и отягчающих обстоятельствах не у всех детей возникают психические заболевания. Например, ребенок с неврозом навязчивых состояний имеет больший шанс приобрести хроническое течение заболевания в случае алкоголизма отца, чем ребенок с аналогичной патологией, но в гармоничной семье.

КОНЦЕПЦИИ ПРОИСХОЖДЕНИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Термин «психосоматика» был введен в 1818 году Хайнротом, и десятью годами позже Якоби предложил похожий термин «соматопсихика», который, однако, не стал популярным. В дальнейшем психосоматика развивалась как клиническая дисциплина, учитывающая, кроме биологических факторов, патогенные психосоциальные причины возникновения того или иного соматического заболевания, которые рассматривались как первичные причины возникновения и дальнейшего течения психосоматических расстройств.

Современная психосоматика берет начало в работах клиницистов психоаналитического направления.

Впервые описал причины семи психосоматических заболеваний Александер, объясняя их возникновение наследственной предрасположенностью, дефицитным эмоциональным климатом в семье и сильными переживаниями взрослой жизни. В настоящее время выделены типичные психосоматические расстройства, имеющие психогенное происхождение: ожирение, нервная анорексия, нервная булимия, бронхиальная астма, язвенный колит, болезнь Крона, лабильная эссенциальная гипертензия (психосоматоз), сердечный невроз, гастроэнтерит (как пример функциональных расстройств, не вызывающих структурных изменений органов) и некоторые другие.

С понятиями психосоматика и психосоматическая медицина мы связываем сегодня много разных значений и направлений исследований, которые неоднородны и не согласованы между собой в постановке проблем и методах исследования.

Селье описал общий адаптационный синдром, который является суммой неспецифических системных реакций организма и возникает вследствие длительного стресса. Система гипоталамус—гипофиз—надпочечники реагирует на стресс чрезмерной секрецией кортизола, что вызывает структурные изменения в различных системах организма. К нейрофизиологическим проводящим путям, при прохождении которых формируются стрессовые реакции, относятся: кора головного мозга, лимбическая система, гипоталамус, мозговое вещество надпочечников, а также симпатическая и парасимпатическая нервная система. Нейротрансмиттеры включают такие гормоны, как кортизол, тироксин и адреналин. Согласно работам Энгеля, в состоянии стресса все регулирующие нервную деятельность механизмы подвергаются функциональным изменениям, которые нарушают гомеостатическое равновесие. В результате организм становится восприимчивым к инфекционным заболеваниям и другим патологическим процессам.

В отечественной литературе долгое время одной из ведущих теорий, объясняющих возникновение психосоматических расстройств, была теория кортико-висцеральных взаимодействий, основанная на идеях нервизма и теории условных рефлексов. Суть ее заключается в том, что нарушения кортикальных функций рассматриваются как причина развития висцеральной патологии. При этом учитывается, что все внутренние органы имеют свое представительство в коре головного мозга. По мнению некоторых авторов, влияние коры больших полушарий на внутренние органы опосредуется лимбико-ретикулярной, вегетативной и эндокринной системами.

Как правило, в психосоматическом анамнезе находят разные причины, вызывающие заболевание. Эта проблема в медицинской модели психотерапии в настоящее время не получила достаточно глубокого и методологически обоснованного объяснения.

Представляется бесспорным, что современная психосоматическая медицина, получившая развитие в последние полвека, немыслима без психоанализа. Психоанализ, по сути, представляет собой не что иное, как ставшее наукой «врачебное искусство обращения с пациентом». Так как пациент перестает быть пассивным объектом лечебной процедуры, специалист не может уже оставаться сторонним наблюдателем физиологических, биохимических или психологических процессов.

Вместе с тем ряд других оригинальных концепций, связанных и не связанных с психоанализом, имеет право на существование и должен приниматься во внимание специалистом при диагностике психосоматических симптомов.

Остановимся на наиболее популярных из этих концепций.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ СИМПТОМ КАК РЕЗУЛЬТАТ КОНВЕРСИИ ПСИХИЧЕСКОЙ ЭНЕРГИИ. КОНВЕРСИОННАЯ МОДЕЛЬ ФРЕЙДА

Впервые идею конверсии Фрейд изложил в работах «Психоневрозы защиты» и «Исследования истерии». Под конверсией он понимает смешение психического конфликта и попытку разрешить его через различные симптомы в области тела — соматические, моторные (например, различного рода параличи) или чувственные (например, утрата чувствительности или локализованные боли). Происходит как бы «прыжок» из психической в соматическую сферу. Либида отделяется от бессознательных, вытесненных представлений? и эта энергия преобразуется в соматическую сферу. Благодаря такому «переносу» либидоноз-

ного заполнения из области психического в область телесного патогенный конфликт удаляется из сознания? Н~соматическом симптоме символически представлено то, что должно было содержаться в бессознательной фантазии.

Конверсионная модель особенно хорошо объясняет нарушения произвольной моторики (невротически обусловленные параличи и речевые нарушения). Она может быть также полезна для понимания психогенных расстройств чувствительности, нарушений походки, ощущения кома в пищеводе при истерии (globus hystericus), определенных болевых состояний, мнимой беременности.

При этом важно, что телесный симптом символизирует бессознательный конфликт пациента, имеющий, по Фрейду, преимущественно генитально-сексуальную (эдипальную) природу. Это, как правило, конфликт между ребенком, матерью и отцом (треугольный конфликт). Например, для мальчика это означает, что он хочет «спать» с мамой, а мешающего папу стремится устранить. В результате возникает страх наказания и чувство вины. Мальчик боится, что отец его накажет путем кастрации. Страх кастрации может сместиться с генитальной области на любую другую часть тела, вызвав, например, боли, потерю чувствительности или паралич в руке. Так, головная боль может означать нежелание, чтобы «в голову лезло сексуальное возбуждение»; «истерическая» рвота может символически выражать связанное с сексуальным возбуждением отвращение (защитный механизм со стороны Сверх-Я); нарушение зрения и слуха может служить, по Фрейду, тому, чтобы «не увидеть» и «не услышать» то, что может потревожить сознание.

В соответствии с конверсионной моделью, с появлением соматического симптома пациент испытывает эмоциональное облегчение благодаря смягчению гнета бессознательного конфликта. Это происходило в большинстве описанных Фрейдом случаев. Однако некоторые психосоматические заболевания не несут

с собой облегчения душевного состояния, и даже напротив, как в случае астмы или колита, усиливают душевные и физические страдания. Можно считать, что здесь задействованы другие механизмы возникновения психосоматического заболевания.

Крайне важным было обнаружение Фрейдом основы механизма диссоциации — активного процесса психологической защиты, феномена вытеснения из сознания угрожающих или нежелательных содержательных элементов. Эмоция, которая не могла быть выражена, оказывалась превращенной в физический симптом, представлявший собой компромисс между неосознаваемым желанием выразить мысль или чувство и страхом возможных последствий. Симптомы, как выяснилось, позволяли не только маскировать нежелательные ЭЯБСии, но и представляли собой своеобразное налагаемое на себя индивидуумом Наказание за запрещенное желание или удаление себя из устрашающей ситуации. Эти же симптомы обуславливали и получение вторичных выгод от принятия роли больного. «Соматический язык» симптомов может также использоваться как средство коммуникации, когда последняя затруднена бессознательными, сознательными или социокультурными факторами. Такой способ общения в особенности свойствен инфантильным, незрелым, зависимым личностям с невысоким уровнем образования и интеллекта. Коммуникативный эффект симптома проявляется в том, что, трансформируя конфликт в разных сферах отношений личности в физическое заболевание, он позволяет больному манипулировать социальным окружением, в какой-то мере снижая болезненность конфликтной ситуации. Устранение блокады на пути эмоции, следующая затем эмоциональная разгрузка (катарсис) и, вследствие этого, исчезновение физического ^{^Ш^ш}клипяшого эмоциональной поддержки, явилось первоначальной основой психоашш^^

^Одновременно с моделью конверсии при рассмотрении так называемого невроза тревоги Фрейд сфор-

мулировал вторую концепцию психосоматического возникновения симптомов, радикально отличающуюся от конверсии. Он обнаружил, что такие органические симптомы, как расстройства сердечной деятельности, дыхательные, внезапные потливость, дрожь, голод, понос, головокружение, сужение сосудов и парестезия, сопровождают тревогу в качестве «эквивалентов приступа тревоги» (психосоматический симптом как эквивалент приступа) и часто полностью заменяют его. Позже Фрейд асоматический эквивалент тревоги — к более примитивному защитному механизму проекции. Общим для обеих концепций является то, что органическая симптоматика рассматривается не как простое нарушение физиологических функциональных связей, а как следствие переживаний и поведения.

В Шлишбимой истории болезни конверсионный механизм является ведущим в происхождении психосоматической симптоматики.

УЧЕБНЫЙ ПРИМЕР № 6

Ирина, 45 лет

Родилась от первой беременности. Беременность протекала без патологии. Роды срочные, без осложнений. Родителям при рождении дочери было по 24 года. Отец — военнослужащий, мать — инженер-химик, в тот момент работала на цементном заводе, работа протекала во вредных экологических условиях. Семья жила за Полярным кругом, в маленьком гарнизонном городке с неразвитой инфраструктурой, плохими бытовыми и социальными условиями проживания. Зарботки родителей были скромными, поэтому питание матери во время беременности не было удовлетворительным. Кроме того, семья проживала в бараке без бытовых удобств, с большим числом соседей. Отец часто работал на дальних точках, дома бывал редко, а когда приезжал, то собирал друзей, и они шумно отмечали эти встречи. В маленькой комнате, которую занимала семья, собирались с ночевкой по 6–8 человек молодых офицеров. Это продолжалось довольно долго, пока соседка не отругала отца, сказав ему: «что его молодая беременная жена не сможет родить здорового ребенка, если все будет так же продолжаться. Визиты друзей почти прекратились, но отец по-прежнему надолго уезжал, так что мать пошла в родильный дом сама, а о рождении дочери он узнал гораздо позже.

Ребенок родился с нормальным весом, без отклонений. Грудное вскармливание до 7 месяцев, но, поскольку законодательство в

то время давало возможность женщине ухаживать за ребенком только несколько недель, мать была вынуждена выйти на работу, а дочь кормила в перерывах. За девочкой стала присматривать двоюродная бабушка, приехавшая к ним из Сибири. Она была пожилым и довольно больным человеком, плохо ходила, не могла поднимать тяжести, поэтому на руки ребенка почти не брала, да и перемещение девочки, когда та уже немного подросла, было ограничено небольшим пространством, выгороженным в комнате. Чтобы ребенок никуда не заползал, девочку привязывали веревочкой к ножке кровати, и она играла с игрушками в углу комнаты.

Отец отнесся к рождению дочери с радостью, но работа не позволяла ему проводить с ней достаточно времени. К тому же его пристрастие к веселым компаниям и алкоголю стало приводить к частым скандалам между родителями.

Из воспоминаний Ирины: Юдин такой скандал мне запомнился очень отчетливо, хотя, по словам мамы, мне не было тогда и двух лет, примерно 1 год и 7 месяцев. Я проснулась от шума и криков в своем закуточке, где стояла моя кровать. Родители меня не замечали, так как громко спорили и ругались. Потом отец, как мне показалось, стал душить маму, схватив ее за воротник халата. Та испуганно закричала, он отпустил, но со злости ударил по окошечку в шкафу, где висела одежда. Тогда были такие шкафы с маленьким окошечком, которое для красоты было затянута изнутри вышивкой. Крестиком была вышита розочка на черном фоне. Это стекло разбилось, потекла кровь, так как отец порезал руку о разбитое стекло. Я заплакала от страха, но, по-моему, на меня не сразу обратили внимание, а может быть, я даже совсем не плакала, так мне было страшно. Когда позже, уже в возрасте 5 лет, я попыталась рассказать дальним родственникам этот эпизод, узнав об этом, бабушка строго-настрого запретила мне о нем говорить.*

В возрасте двух лет девочку отвезли к родной бабушке по материнской линии в Сибирь, так как климатические условия Севера были очень суровыми, а фруктов и овощей практически не было.

*Из воспоминаний Ирины: «Я помню, как мы ехали в поезде. Это было очень длинное путешествие через всю страну, среди большого количества незнакомых людей, которые все жили рядом. Бабушка говорила, что я так высказалась по этому поводу: *Мы спим — едем, едим — едем, сидим — едем». Возможно, я скучала по маме, но такое количество незнакомых и удивительных вещей не давало мне возможности скучать сильно. Уже потом, приехав к бабушке и многочисленным родственникам, проживающим в суровом, но все же более благодатном сибирском крае, я тосковала по маме. Бабушка меня очень любила, но условия ее жизни были непростыми. В то время она была вторично замужем. Рано овдовев и воспитав*

одна мою маму, она в возрасте 39 лет заболела раком матки, перенесла тяжелое лечение, выжила чудом, так как методы лечения в то время были мало отработаны. Ее облучали радиоактивными аппликациями, «сожгли» внутренние органы, так что вероятность того, что она выживет, была минимальной, но она выкарабкалась. Ее единственная дочь жила с мужем на Севере и не могла ей помочь, а хозяйство вести было надо, вот и пришлось бабушке решиться на повторный брак. Муж, как многие мужики в глубинке, пил, был довольно скандальным, часто устраивал «разборки». Бабушка рассказывала, что утихомирить его в пьяном угаре могла только я, когда подошла к нему и говорила: «Спать, дядя Ваня, иди спать!» — и вела его на кровать. Он умилялся и затихал».

Там, в Сибири, живя в разлуке с матерью, девочка в первый раз тяжело заболела. Простуда перешла в воспаление легких, что потребовало инъекций антибиотиков.

Из воспоминаний Ирины: «Помню, как приехала мама, мне делали уколы, а я их не хотела. Мама сказала, что это не больно, и чтобы это доказать, она будет делать уколы сначала себе, а потом мне. Она проколола иглой свои штаны, а я ей сказала, что это нечестно. Помню эти женские панталоны голубого цвета, эту иглу, что их протыкает, до сих пор. Говорят, что дети редко помнят себя младше трех лет, но этот период раннего детства я помню довольно хорошо. Многие эпизоды просто врезались в память. Вот один из них, священный со смертью Никитичны, той самой бабули, что приглядывала за мной в первый год жизни.

Мы едем в открытой грузовой машине, вдоль бортов которой поставлены лавки, на них сидят какие-то люди. Я сижу рядом с бабушкой Шурой, а гроб с телом покойной стоит в центре. Никитична лежит в белом платочке в мелкий черный горошек, вокруг головы белые кружева. Дорога идет вдоль железнодорожного пути, по которому едет паровоз. И вдруг от этого паровоза на эти белые кружева летит копоть и сажа. Она такая ужасно черная на их фоне. Бабушка плачет и стряхивает носовым платком эту сажу с покойной. Меня поражает беспомощность умершей. До этого я как-то не понимала, что, собственно, происходит, почему все плачут, расстроены. А тут все стало слишком очевидным, и это было очень страшно. Но я опять ничего никому не сказала, просто сжалась в комочек и ехала дальше».

В доме у бабки девочка прожила до рождения брата. Он родился, когда ей исполнилось 3 года. В последние месяцы беременности мать приехала в Сибирь. Так как у нее было обнаружено неправильное предлежание плода, то ее отвезли в областную больницу, там и родился мальчик, крупный, весом почти 5 килограмм, очень беспокойный, плаксивый.

pp-длажание -
Положение плода
Относительно входа
• малый таз

Из воспоминаний Ирины: «Мне было тогда чуть больше трех лет. Я помню, как мы с бабушкой поехали навестить маму в роддоме. Мы стояли под окнами большого дома, а где-то высоко в окне показалась мама в белой косынке на голове, и в руках она держала какой-то кулек с маленькой головкой. Она улыбалась и махала мне рукой в окне, но я не очень понимала, что там происходит, только было жаль, что она опять так далеко от меня и чем-то занята другим.

В это время, по словам мамы, я стала спать с открытыми глазами. Меня сводили к какой-то бабке, которая заговорами и молитвами меня лечила. Этот визит я тоже помню. Бабка была старенькая, одета в коричневую юбку и темную кофту, а на голове был платочек, черный в мелкий белый горошек. Жила она в частном домике где-то на окраине города, дорога к дому шла под горку. Мы пришли в ее дом, она посадила меня в какой-то комнатке, где стояло ведро с водой. В него она окунала нож и крестила им мою голову, а сама тихо что-то шептала. Говорят, после этого я спала почти сутки и уже с закрытыми глазами.*

После рождения внука бабка продала дом, и все стали жить на Севере. К тому времени отцу дали две комнаты в коммунальной квартире уже обычного дома, а не барака. У соседей тоже было две комнаты, а еще у них был сын Олег, с которым девочка подружилась. Они вместе играли, гуляли, порою дрались, но решали все проблемы без участия родителей. Ирина была на год его старше, считалась заводилой всех игр. Детский сад девочка не посещала, ее воспитанием стала заниматься бабушка Нина, так как мать по-прежнему работала.

Девочка хорошо была развита интеллектуально, рано и самостоятельно научилась читать, писать печатными буквами, считала, очень хотела пойти в школу. Подруг не было, в основном девочка играла с мальчиками во дворе и с соседом дома. Очень любила петь, танцевать. По ее просьбе мама отвела Ирину в танцевальный кружок, где девочку отметила руководительница, стала давать ей главные «партии», но вскоре танцы пришлось оставить из-за частых инфекционных болезней. Был поставлен диагноз: хронический аденоидит, хронический фарингит. Очень плохо ела, наблюдалось резкое снижение аппетита. Для его улучшения Ирине давали слабый раствор соляной кислоты перед едой.

Когда девочке исполнилось 6 лет, отец уехал в длительную командировку на 3 года. В школу ее провожала мать. Ребенка строго контролировали в вопросах прогулок, домашних игр, часто ругали за шалости и проступки брата. Мать была вынуждена выполнять функции отца, была строга и требовательна. В это время у Ирины стали появляться сильные боли в животе и правом подреберье. Было проведено обследование желудка и зондирование. Установлен диагноз: дискинезия желчевыводящих

путей на фоне деформации желчного пузыря. Была назначена диета, медикаментозное лечение аллохолом, холосасом, травами, проводилось слепое зондирование.

Несмотря на слабое здоровье, девочка училась успешно. Она стала любимицей классной руководительницы, которая ее так и называла «моя маленькая помощница». Оценки по всем предметам были только отличные. Девочка старалась участвовать во всех мероприятиях класса и школы, делала это с удовольствием. Ей все было интересно: от конкурса *чтецов до спортивных* праздников. Но мешали частые болезни. Среди психологических особенностей у ребенка отмечался дефицит внимания. Так, например, она могла прийти из школы с пустым портфелем, оставив в школе все учебники.

В классе у нее было много друзей, но это в основном были мальчишки. Ее выбрали командиром звездочки. Ребята стали часто собираться у нее в квартире, играли в настольные игры, запускали самолет с моторчиком, смотрели диафильмы. Но дружба с мальчиками стала вызывать недовольство среди девочек класса, особенно после того, как возникла первая детская влюбленность между ней и одним из одноклассников. Их стали дразнить «женихом» и «невестой», рассказывать придуманные обидные истории. В результате дружба распалась к концу второго класса, а потом мальчик уехал с родителями в другой город.

Во втором классе она поступила в музыкальную школу, выдержав довольно большой конкурс, так как школа открылась после длительного перерыва на ремонт и накопилось много желающих в ней учиться. Заниматься музыкой ей и нравилось и не нравилось: «Было много нудной работы, но мало творчества». От долгих занятий стала болеть спина. Она не обращала на это внимания, считала, что в этом нет ничего страшного, родителям ничего не говорила, так как опасалась, что это сочтут за лень и отговорки. Мать не заставляла заниматься музыкой, но усиленно показывала, что ждет успехов дочери. Девочка старалась оправдать эти ожидания. Отметки в музыкальной школе тоже были отличные.

В связи с плохим состоянием здоровья детей стали вывозить летом на юг, в Краснодарский край. Детей сопровождала бабка, она строго следила за режимом дня, питанием, не разрешала уходить из дома. Дети все время были под ее присмотром либо под контролем мамы. Иногда летом к ним приезжал отец. Девочка его очень ждала, готовила к его приезду концерты, разучивала стихи и песни, писала сценарии представлений, а потом сама или вместе с братом их исполняла. Но даже в условиях юга девочка часто болела: ангины, бронхиты, отиты, паротит («свинка»), ветрянка. Был поставлен диагноз гайморит. Кроме того, проявилась онихофагия.

Из воспоминаний Ирины: «Вспоминаю, как однажды во время отдыха на юге приехала мама. Она привезла с собой много

Онихофагия -
Домние и поедание ногтей

вкусных конфет из Москвы. Я всегда любила читать книги, а тут совпало: приезд мамы, интересные сказки и вкусные конфеты. С тех пор я все время должна что-то грызть, когда читаю. Особенно, если это интересная книга. И так до сих пор, хотя уже давно вышла из детского возраста».

С 8-летнего возраста девочку стали вывозить на лечение на Кавказ. Там были назначены сероводородные ванны, грязелечение на область печени и гайморовых пазух, минеральная вода. Лечение и строгая диета произвели эффект, и самочувствие девочки стало лучше. Она уже была способна есть свежий хлеб, понемногу селедку или соленые огурцы. Но аппетит по-прежнему был плохим.

В 9 лет начался ранний пубертат, регулярные месячные установились к 10 годам, наблюдался бурный рост (до 168 см), оформилась грудь. Это породило дополнительные проблемы в общении со сверстниками, так как вызывало насмешки мальчиков, особенно на уроках физкультуры, хотя девочка была подвижной и спортивной.

Частые ангины и простудные болезни привели к тому, что ребенка поставили на учет к ревматологу, при обследовании было обнаружено низкое содержание гемоглобина. Была проведена операция по удалению миндалин, а затем и аденоидов. Ангины прекратились, но стали появляться трахеиты и бронхиты.

По возвращении из командировок отец стал чаще бывать дома, но участились скандалы между ним и матерью по поводу его пристрастия к алкоголю и компаниям. Взаимоотношения родителей становились все более натянутыми, особенно когда выяснилось, что отец находится в сексуальных отношениях с другой женщиной. Любовница у него была уже давно, но узнала мать об этом случайно. Дочери тогда исполнилось 13 лет. Скандалы она не видела, их старались скрыть, но атмосфера в семье была тягостная. Отец часто приходил выпившим, придирался к разным мелочам, часто разбивал какие-то предметы в гневе (часы, чашки и т. п.).

Через год сильно заболел брат. После тяжелого гриппа у него начались отклонения в психическом состоянии: он отказывался от пищи, от общения со стариками (даже собственной бабкой), строил поведение в зависимости от каких-то только ему ведомых примет, не мог слышать звука текущей воды. У него начались сильные головные боли. Он стал связывать их появление с внешними причинами, например одеждой, в которую был одет в этот момент. Если его что-то не устраивало, то он кричал, ругался. Родители ничего не могли с этим поделать. Единственный человек, которого он воспринимал и который мог на него влиять, была старшая сестра.

Мать обратилась к врачам, брат стал наблюдаться у невропатолога, но причину заболевания установить не смогли. Тогда было

зешено отправить его в Институт детских инфекций. Мать часто гздила к нему, лечение было длительным, примерно год. Обсле- дование показало, что состояние мозга в норме, было проведено медикаментозное лечение, симптомы стали менее выражены, но Причина заболевания так и не была установлена. Врат был на- правлен в Институт мозга. Там был поставлен диагноз: невроз навязчивых состояний. После годового лечения он был выписан.

Все это время родителям было не до старшего ребенка. Де- вочка продолжала хорошо учиться в музыкальной школе, была круглой отличницей в общеобразовательной школе, но ее успехи мало занимали мать, так как она была полностью поглощена здо- ровьем сына, а отец был вовлечен в сложную «душевную драму».

Здоровье девочки ухудшилось: стали снова возникать приступы холецистита, развился колит, гастрит с пониженной кислотнос- тью. Был зарегистрирован аппендицит, но его приняли за очеред- ной приступ холецистита. Девочка ушла с занятий, выпила но-шпу и легла на грелку. Боль прошла, но через некоторое время возоб- новилась и уже не отпускала. Ира всегда была терпелива к боли и никогда не плакала. В этот раз она тоже долго терпела, только под утро попросила вызвать «скорую», так как боль стала невыно- симой. Прибывший врач предположил приступ аппендицита, диаг- ноз впоследствии подтвердился. Была проведена операция. Вра- чи сказали, что еще немного — и «аппендикс бы лопнул». Тогда же, в госпитале, при обследовании было выявлено увеличение щи- товидной железы.

*Из воспоминаний Ирины: *Я вспоминаю это период как что-то мрачное, темное. Чувствую себя брошенной и оставленной один на один со всем миром. В школе учеба шла хорошо, но стала даваться с большим трудом, так как нагрузки возрос- ли, приходилось ходить на факультативные занятия, много времени уделять музыке, хотя интереса к ней было все мень- ше. Заявить о своей решимости снять с себя эту обузу я не могла. Маме зачем-то хотелось, чтобы я закончила полный курс средней музыкальной школы. Даже шли разговоры о по- ступлении в музыкальное училище. (Приходила комиссия, меня отобрали в числе перспективных учеников и рекомендовали к поступлению.) Пришлось еще полгода заниматься даже после окончания музыкальной школы, пока окончательно не стало ясно, что это не мое призвание. Я быстро утомлялась, все время хотелось спать. Стало трудно дышать. Возникло та- кое ощущение, что мне не хватает воздуха. Хотелось вдох- нуть еще и еще, но легкие были все наполнены, а ощущения достаточности воздуха не было. Снимала это только зевота. Если удавалось зевнуть, то становилось как-то легче.*

Дома все были подавлены. Мама и бабушка шептались между собой, обсуждая семейные дела. Отец был постоянно раздра- жен, часто ссорился с мамой. А тут еще в школе начались

какие-то «интриги». Многих раздражала моя постоянно отличная учеба. Надо мной стали насмехаться, обвиняя в зубрежке. Девочки стали бегать на танцы, а я после одного посещения подобного мероприятия потеряла к ним интерес. На меня стали смотреть сверху вниз, так как у всех были «кавалеры», а у меня нет. Хотя отношения с ребятами в классе были хорошие, и я многим из них нравилась, но кого-то конкретно я выбрать не могла. Только в 11 классе стали появляться реальные поклонники. Мама пыталась вести со мной душевные беседы, выпрашивая, кто из них мне больше нравится. Я не столько делилась с ней, сколько «давала отчет». Между нами, при всей ее внешней заботе обо мне, никогда не возникало настоящей теплоты и близости. Она все время оценивала меня, насколько я соответствую высокому званию идеального ребенка. Конечно, я старалась ее не подвести, но при этом вызывала раздражение одноклассниц, тех, кто не хотел или не мог этому соответствовать. Закончилось это тем, что когда однажды учительница моей любимой биологии из каких-то только ей ведомых педагогических соображений поставила мне двойку (я отвечала несколько хуже, чем обычно), то это было раздуто так, что меня вызывали к директору школы с отчетом. Он потребовал, чтобы я пересдала материал, на что учительница сказала, что она и так уверена в моих знаниях. Тогда разыгралась совсем непонятная сцена, где директор заявил, что так нельзя, что он не имеет права дать мне золотую медаль и т. п. Я пришла домой и, не выдержав, расплакалась, хотя практически никогда не плакала до этого, даже маленькой. Особенно было обидно видеть злорадство со стороны моих недоброжелательниц. Но мама, да и отец, узнав об этой истории, не встали на мою защиту. Мама уговорила меня остаться в этой школе, так как «учителя столько вложили труда в мое воспитание и обучение». В результате у меня в журнале так и стояли 12 пятерок и эта странная двойка. А медаль мне так и не дали. Просто послали мои документы после окончания сроков подачи, их и вернули. После выяснилось, что директор сводил счеты с моей классной руководительницей, а я была просто орудием в их противостоянии. Но дело не в медали. Я никогда не чувствовала со стороны родителей защиту и заботу, а только контроль и опеку. Я просто должна была давать отчет об успехах. Отец был проще, мягче, чем мама, но его никогда не было рядом, так как он все время строил светлое будущее нашей страны.

Я очень хотела вырваться из дома, начать жить новой, независимой жизнью. Для этого была только одна возможность — поступить учиться в институт. Меня тянуло в медицину, но, так как конкурс был очень большой, а рисковать я не могла (пришлось бы возвращаться домой), то я поступила

Тодврматоз -
кная аллергия -
ка* реакция,
микающая в от-
Г на световое
ражение

в технический вуз. Училась хорошо, но поначалу было очень трудно привыкнуть к бесконтрольности и самостоятельности. Чувство одиночества в большом незнакомом городе, где нет ни одного человека, который бы мне помог в трудную минуту, защитил, было очень сильным. Да еще страх не справиться и «вылететь» назад, в прошлое».

Когда Ирина училась на первом курсе, весной проявились первые признаки фото дерматоза. Первоначально он проявлялся на лице, затем в последующие годы на руках, шее, груди. Проходил только тогда, когда появлялся загар на теле.

Через несколько лет был выявлен остеохондроз. К 30 годам при обследовании и рентгенографии были обнаружены сильные изменения а позвоночнике шейно-грудного отдела, что вызывало сильные боли в спине. Хотя эти боли, а также приступы шейного миозита наблюдались еще в студенческие годы, но никому не приходило в голову, что они связаны с течением этого заболевания. В последующие годы регулярно проводилось грязелечение, физиопроцедуры, массажи и лечебная физкультура.

Вышла замуж за мужчину старше себя на 10 лет. Через три года брак закончился разводом по ее инициативе, после которого обострилось заболевание щитовидной железы.

Воспитывает сына, которому сейчас 15 лет. Родители до сих пор оказывают ей материальную поддержку, одновременно контролируя ее жизнь.



Обратилась к психотерапевту. При анализе истории жизни и болезни пациентки следует ответить, что на возникновение симптоматики повлияло множество факторов: воспитание в дисфункциональной семье с перепутанными половыми ролями супругов, дефицит родительского внимания и формирование «чувства покинутости», возникновение алекситимического блока и иррациональной установки «Я должна быть для всех хорошей». Несмотря на зрелый возраст, у Ирины сохраняется психологическая зависимость от родителей, фрустрирована потребность в отце и имеется сверхидентификация с ним. Она пытается до сих пор защитить отца от нападков матери и в то же время испытывает страх агрессии со стороны матери. Таким образом, до сих пор не разрешены «триангулярные» проблемы (отношения в треугольнике отец — мать — ребенок) в развитии пациентки. Симптоматика ее заболевания с детства сосредоточена

Аннигиляция — психоаналитический термин, обозначающий уничтожение, поглощение или распад Я

чивалась на зоне горла. Во время пребывания в психодраматической группе Ирина последовательно прорабатывала следующие темы: детская обида на родителей, которые на проективном рисунке «Моя обида» отражены в виде змеи, обвивающей горло (болезнь щитовидной железы, возможно, возникла в результате ранней детской фантазии **аннигиляции** (когда отец душил мать за горло, девочка испытала страх, не позволила себе плакать, относя агрессию в свой адрес, затем произошла конверсия агрессивной эмоции в область горла), тема зависимости-независимости и отделения от родителей, ответственности за свой выбор.

Так как работа в группе была краткосрочной, а проблемы пациентки существовали давно, ей рекомендована поддерживающая индивидуальная психотерапия, в ходе которой наступило улучшение физического состояния.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ СИМПТОМ КАК РЕЗУЛЬТАТ РАЗРЕШЕНИЯ КОНФЛИКТА В ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЕ. МОДЕЛЬ ВЕГЕТАТИВНОГО НЕВРОЗА И ТЕОРИЯ ВЕКТОРОВ АЛЕКСАНДЕРА

Согласно модели вегетативного невроза, если бессознательный конфликт не имеет выхода в соответствующем внешнем проявлении, то он приводит к эмоциональному напряжению, сопровождаемому устойчивыми изменениями в вегетативной нервной системе. По мнению Александра, подобные изменения в вегетативной нервной системе могут повлечь за собой изменения ткани, а возможно, даже и необратимые поражения органов. В отличие от конверсии, в этом процессе отсутствует символический вырази-

тельный характер выбора органа поражения, а также из-за возникновения тех или иных симптомов болезни эмоционального облегчения не происходит. Наоборот, переживание физического страдания, как, например, при астме или колите, может еще более осложнить психические проблемы.

Кроме того, Александер предложил векторную теорию развития психосоматического симптома, которая включает три вектора: 1) желание объединить, получить, принять; 2) желание исключить, удалить, отдать, израсходовать энергию для нападения или совершения чего-либо или для нанесения вреда; 3) желание сохранить, накопить. Александер предположил также, что специфический психический конфликт между тремя векторами влечет за собой нарушения в определенных органах. Например, в основе возникновения язвы желудка и двенадцатиперстной кишки лежат оральные конфликты, а в основе заболеваний толстой кишки (например, при язвенном колите) — специфические анальные конфликты.

Концепция «векторов», которые он понимает и как динамические силы биологических структур организма, и как психодинамические тенденции переживания и поведения, позволяет ему понять суть симптомов вегетативного невроза как симптоматическое поведение и определить ее в ставших классическими основных психодинамических формулах. Так, например, астматик следует бессознательному «эмоциональному силлогизму»: «Я не могу любить, так как это означало бы, что я теряю любовь своей матери!».

Концепция векторов дает возможность систематического дополнения психодинамического исследования психофизиологическими методами, которые могут исследовать физиологические компоненты эмоциональных состояний.

Проблеме «выбора органа», или «специфичности» при невротических расстройствах посвящено большое число исследований (Мясищев, Страумит, Карвасарский и др.). Выбор симптома может зависеть от не-

осознаваемого конфликта, мотивационных переживаний, которых конфликт касается, способа самонаказания за невозможность разрешить определенный внутренний конфликт, неудовлетворенности какой-либо потребности, от нарушений интерперсональных отношений, фазы развития либидо, при которой возник первичный конфликт, свойств личности, темперамента, способов переработки и переживания эмоций, особенностей основных защитных механизмов, индивидуального опыта, условий жизни и актуализирующей ситуации, силы и вида актуальной психотравмы и т. д.

Теория «специфичности конфликта» представляет сегодня лишь исторический интерес, поскольку давно уже можно считать доказанным, что вегетативная нервная система отвечает на различные эмоциональные переживания примерно однотипно. Выбор поражаемого органа скорее детерминирован — во всяком случае, в определенной степени — генетически. Известно, что в одних семьях «слабым местом» оказывается сердце, в других — легкие и т. д. С другой стороны, психический фактор запускает процесс соматизации. Создаются условия, когда на индивидуальное для каждого человека «слабое место» налагается непереносимая психофизическая нагрузка, и в результате часто наступает болезнь. По-видимому, по этому же механизму патология выбирает свой объект и при осложнениях после гриппа, ангины и т. п.

Теория векторов интересна тем, что перекликается с концепцией Ананьева.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ СИМПТОМ КАК РЕЗУЛЬТАТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НЕЗРЕЛЫХ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ЗАЩИТ. МОДЕЛЬ ДВУХЭШЕЛОННОЙ ЛИНИИ ОБОРОНЫ МИТЧЕРЛИХА

Митчерлих представлял развитие психосоматического процесса в такой последовательности:

1. Сначала человек пытается справиться с конфликтом при помощи исключительно психических средств на психосоциальном уровне:
 - 1) при достаточно зрелой личности человек пытается разрешить конфликт при помощи **обычных средств социального взаимодействия** (например, путем обсуждения соответствующих проблем и конфликтов — копинг-стратегий) или посредством зрелых механизмов защиты (вытеснение, сублимация);
 - 2) в случаях, когда использования нормальных (здоровых) механизмов защиты недостаточно, подключаются **невротические (патологические) защитные механизмы** (например, *невротические депрессии, навязчивые мысли и действия, страхи, фобии и г. п.*);
 - 3) бывают ситуации, когда защитные механизмы включают поведение личности в целом; в таких случаях говорят о **невротическом развитии личности** или **неврозе характера***
2. Если по каким-либо причинам не удастся справиться с угрожающим собственному существованию конфликтом чисто психическими средствами, т. е. не срабатывает **первая линия обороны, подключается защита второго эшелона — соматизация**, которая со временем может привести к структурным изменениям в том или ином органе (например, к *язве же-*

/желудка, болезни Крона, язвенному колиту и т. п.). Это защита на *психосоматическом уровне*.

3. Современные психоаналитики выделяют еще и третий уровень защиты — *психотическое симптомообразование* (Кернберг). Наблюдения за многими психотическими пациентами показывают, что, как только у них заканчивается обострение психотического состояния, появляются психосоматические расстройства (псориаз, нейродермит, язвенная болезнь желудка). У наркоманов нередко периоды злоупотребления психоактивными веществами предшествуют длительные временные периоды обращения к различным специалистам по поводу психосоматических расстройств.

Согласно современным психоаналитическим представлениям пациенты невротического уровня опираются в основном на более зрелые защиты. При этом они используют также и примитивные защиты, хотя наличие примитивных защит не исключает диагноза структуры характера невротического уровня, отсутствие же зрелых защит исключает его. В частности, в психоаналитической литературе было отмечено, что более здоровые люди используют вытеснение в качестве своей основной защиты, отдавая ему предпочтение по сравнению с менее дифференцированными способами решения конфликтов. Психотические личности чаще всего используют следующие виды защиты: уход в фантазии, отрицание, тотальный контроль, примитивную идеализацию и обесценивание, примитивные формы проекции и интроекции, расщепление и диссоциацию.

Проиллюстрируем эту теорию случаем психосоматического расстройства, представлявшего типичный пример мультиморбидности.

УЧЕБНЫЙ ПРИМЕР № 7

Павел Б., 18 лет

Обратился к психотерапевту по поводу проблем с дикцией, которые впервые возникли в пятом классе. Нарушения дикции появля-

ются в стрессовых, напряженных ситуациях. На момент обращения явных дефектов речи не наблюдалось.

Наследственность и генетический анамнез

По линии матери

Мужчины. Все мужчины были сильными, крепкими, работающими, волевыми. Считались крупными специалистами в своем деле и умело вели хозяйство, что способствовало накоплению капитала в семье. Их возраст смерти примерно одинаков — 87 лет. Отношения в семье — патриархат (но никогда не били жен). Все подчинялись мнению старшего мужчины в семье. В всех брак был единственным. По линии мужчин генетических и психических расстройств не было. Прадед по линии бабки был есаулом. Воевал во время Первой мировой войны. Прадед по линии деда служил в отборных войсках в Китае. Дед строил дома.

Женщины. Все рожали много детей, новорожденные отличались большим весом, роды всегда были тяжелыми. Все женщины по характеру были спокойными, работающими, покорными. Прабабка по линии деда умерла от голода, стараясь выкормить семерых детей. По линии бабки прабабка сошла с ума, пытаясь выкормить детей, и умерла от голода. Бабка умерла от рака поджелудочной железы в 68 лет. У нее зарегистрировано 7 беременностей, 2 выкидыша вследствие механической травмы. Мать Павла также появилась на свет в результате тяжелых родов.

По линии отца

Мужчины. Они так же, как мужчины по женской линии, придерживались патриархата в семье и были богатыми. О прабабке и прадеде по линии деда имелись лишь сведения, что они были богатыми и известными людьми. По линии бабки прадед умер в возрасте до 30 лет. Дед был участником двух войн. Будучи богатым, страдал алкоголизмом. Трижды был женат. Умер в возрасте 79 лет.

Женщины. Прабабка по линии матери — энергичная, умная, необразованная. Умерла в 92 года. Сама бабка также не получила образования, была набожной, терпела во всем мужа, была домохозяйкой, но работой по дому занималась неохотно. У нее было 12 детей, шестеро умерли от детских болезней. Она умерла от рака желудка в 64 года.

Отношения внутри семьи, правила, установки никогда не раскрывались.

Семья Павла. Мать — главный бухгалтер крупного предприятия, доминирующая, привыкшая всех контролировать. Всю жизнь содержит семью материально. Имеет заболевание цитовидной железы (у ее матери оно также имело место).

У отца алкогольная зависимость, возникшая еще до рождения мальчика, которой он страдает до настоящего времени. Неоднократно проходил лечение, в том числе кодирование, но эффект

был кратковременным. В настоящее время находится на пенсии по возрасту. По характеру мягкий, безвольный, легко подверженный чужому влиянию.

Сестра на тринадцать лет старше пациента. Бабушек и дедушек Павел не помнит. Семья представляет закрытую систему, поддерживаются только отношения с родственниками матери, однако близкими их назвать нельзя.

Анамнез жизни и болезни

Мальчик родился от третьей беременности, вторая закончилась абортom. Отцу при рождении ребенка было 33 года, матери 34 года. Беременность была нежелательна. Матери все настоятельно рекомендовали сделать аборт, но та решила *сохранить* ребенка.

При рождении мальчика была зарегистрирована клиническая смерть. Первые дни провел в боксе «под колпаком». Длительное время *находился* с матерью в больнице.

Мальчик в детстве часто болел простудными заболеваниями. В детский сад ходил нерегулярно, часто приходилось бросать занятия и посещения кружков.

Во время болезни мать ухаживала за мальчиком и проявляла теплоту и заботу, которую он не ощущал в периоды между болезнями. В возрасте 4—5 лет появились приступы, сопровождавшиеся спазмами в области гортани, удушьем, появлением страха смерти. Приступы проходили после питья *горячего чая*.

С сестрой были амбивалентные отношения: когда у нее было хорошее настроение, она играла с ним, гуляла, любила фотографировать его, знакомить с друзьями; в то же время дома часто *наказывала*, а иногда *била*. Ревновала к матери, которая больше стала уделять внимания младшему ребенку.

В детском саду воспитатели любили мальчика, всегда относились к нему с нежностью. У него сложились хорошие взаимоотношения со сверстниками, появились друзья. Был конфликт в группе с ребятами, которые все время избивали других мальчишек, включая Павла, заводя их в раздевалку под каким-нибудь предлогом. Странно, что только Павел пытался как-то сопротивляться, но всегда безуспешно. Мать пыталась говорить с воспитателем, но ее заверяли, что все в порядке, тем не менее ситуация не менялась. Дома в это время происходили постоянные ссоры по поводу пьянства отца, в которые часто *втягивали* сына, и ребенок постоянно плакал даже от незначительного повышения голоса. Мать хорошо относилась к мальчику, иногда ругала, физически *наказывала* его, но не *избивала*. Мальчик *тянулся* к отцу, тот научил его различным играм (шахматам, шашкам), столярному делу, брал с собой куда-нибудь, делал различные игрушки (саблю, лук), но, тем не менее, это происходило редко, и мальчик испытывал дефицит в общении. Павел вспоминал ситуации, когда он был маленьким и с

радостью бросался к отцу, чтобы поиграть с ним, но тот грубо отталкивал его, будучи в плохом настроении. При этом мальчик испытывал чувство вины, что помешал отцу, и обиду за то, что его не приняли. Мать формально уделяла Павлу много времени: каждое лето возила сына в санатории для восстановления здоровья, постоянно нагружала всяческими кружками, спортивными секциями и т. д., которые он не очень любил посещать.

Ему очень нравилось выезжать в другие местности: ведь там не было семейных ссор, а была возможность отдохнуть и поиграть в свое удовольствие, не давая отчета в своих поступках. После приезда из санатория все обычно расспрашивали, как он съездил, что очень нравилось Павлу. В этом возрасте мальчик научился симулировать болезнь, чтобы не ходить в садик, больше времени общаться дома с родителями, да и во время болезни ссоры утихали и семья становилась более дружной.

К школе был подготовлен хорошо. Мать еще с детского сада насильно заставляла Павла рисовать, считать. В первый класс пошел с шести лет.

Отношения с первой учительницей сложились неудачно. Она жаловалась на агрессивное поведение, невоспитанность ребенка. Бывали случаи, когда она настраивала учеников против Павла (выставляла напоказ в качестве негативного примера, публично унижала). Одноклассники недолюбливали мальчика, но серьезных конфликтов между ребятами не было. Павел не помнит ни дня из младшей школы, когда мать не доводила его до истерики за невыполненное или плохо выполненное домашнее задание. Мать поддерживала сына только во время физического недомогания. Мальчик чувствовал себя всегда виноватым в том, что не оправдывал надежд, и «закабаленным», потому что постоянно должен был что-то делать и соблюдать режим, как приказывали родители. Мать публично систематически упрекала, обвиняла сына, сравнивала с другими ребятами не в его пользу. Отец практически никогда не влиял на воспитание сына.

Павлу в это время очень нравилось смотреть фильмы ужасов по ночам, после чего он иногда просыпался ночью или начинал кричать. В возрасте примерно 7—9 лет появился сильный страх быть дома в одиночестве, который позже исчез.

Ссоры в семье продолжались, теперь в них заставляли участвовать сына («Кого ты больше любишь; давай свяжем ее...»).

Когда Павел учился в четвертом классе, семья сменила место жительства. В новом микрорайоне отношения с детьми складывались удачно. Павел был лидером группы ребят. Посещал прежнюю школу, и с пятого класса наладились отношения с одноклассниками. Учителя стали отмечать способности к гуманитарным предметам, особенно к языкам, с того же момента стал лучше учиться по этим предметам. Примерно в то же время мальчик стал посещать

кружок английского языка. Там отношения с ребятами, в отличие от школы, складывались напряженно. Мальчика обзывали, он злился, но сдерживал агрессию внутри себя. Вскоре появился страх «быть неправильно понятым», сложности с формулировкой мыслей, позже начал проглатывать и растягивать слова, плохо, невнятно говорить — так появились проблемы с дикцией.

В шестом классе Павел занялся спортом (таеквон-до). Тренер стал значимым человеком для мальчика. Павел добивался успехов в спорте, часто занимал призовые места на соревнованиях. После этого отношение матери к сыну изменилось, она стала хвалить его, предоставлять ему больше самостоятельности, но и заставила посещать различные дополнительные занятия, которые ежедневно очень сильно изматывали его (занимался помимо школы в двух кружках, у троих репетиторов, в двух секциях, ходил на курсы по математике, после чего делал дома уроки). Мать постоянно контролировала их посещение. Павел не справлялся с такой нагрузкой, мать возражала, что он ничего не умеет и что она зря вкладывает в него деньги. Павел с неохотой занимался по дополнительным программам, кроме спорта, ради которого часто прогуливал школу и занятия. Постепенно проблемы с дикцией стали усиливаться.

Начались конфликты с ребятами из параллельного класса. Группа ребят намеревалась избить Павла, но до драки дело не доходило. Мальчик неохотно ходил в школу. Часто пытался симулировать болезнь. Когда обман раскрывался, мать обижалась на сына, учителя всячески его унижали, одноклассники иронизировали, а он испытывал чувство вины.

О чувствах в семье никогда не говорили, предпочитали отмалчиваться. В возрасте примерно 11 — 12 лет появился страх выходить на улицу и быть в людных местах, который длился до конца 11 класса. Отношения в семье по-прежнему были натянутыми, отец стал пить еще больше, и ссоры участились.

В средней школе учителя всегда отмечали, что мальчик выглядит бледным. В восьмом классе врачи заподозрили гепатит в связи с появлением желтизны склер («желтые глаза»), однако при обследовании точный диагноз поставить не смогли, так как все показатели, кроме билирубина, были в норме. Принимал гепатопротекторы, которые не помогали.

В подростковом возрасте в девятом классе появились ночные кошмары, ощущение парализации тела, тактильные галлюцинации (прикосновения), *присутствие* кого-то в комнате. Поделится своими страхами с матерью и какое-то время спал с родителями. Это длилось примерно в течение месяца. Потом сохранились только редко приходящие кошмары. Тем не менее в это же время стал одним из лидеров в секции, другие спортсмены очень уважали Павла и всегда пытались общаться с ним. Кроме того, подросток продолжал посещать дополнительные занятия.

В середине V класса появилась вялость в середине дня, на кото-

Билирубин — продукт распада гемоглобина, разрушаемый печенью
Гепатопротекторы — препараты, защищающие печень от неблагоприятных воздействий

рую Павел не обращал внимания, ссылаясь на усталость после школы. К концу восьмого класса необъяснимая тотальная усталость и вялость выросли, подросток мог спать целыми сутками, ел мало. Мать говорила, что эти симптомы возникли из-за нестабильности шейного отдела (родовая травма) и попыталась сильно ограничить сына в занятиях, усилить режим дня и полностью исключить спорт. Павел пытался избежать ужесточения режима, и ему это удалось. Постепенно симптомы ослабли до сильной усталости и общего недомогания в середине и конце дня, что сохранилось до момента обращения.

В конце девятого класса (накануне экзаменов) вообще перестал посещать школу, так как в течение месяца готовился к соревнованиям российского уровня. Эта усиленная подготовка позволила юноше добиться серьезных успехов (чемпион России). В школе сразу же приобрел «плохую славу» («стал белой вороной»), как среди учеников, так и среди учителей, но на открытую конфронтацию никто не решался. Учителя говорили, что «он ничего не умеет, так как у них были такие же спортсмены, но учились они всегда хорошо». Накануне экзаменов мать заставляла его готовиться к тем предметам, которые он не любил, да и не знал, но спорить с ней Павел не решался. Все-таки юноша, когда пришло время определяться, записался на другие экзамены и затем просто поставил мать перед фактом. При подготовке к экзаменам появилась слезливость после сна (какой-то голос во сне постоянно обвинял его в том, что он не может сделать ничего для Других).

В этом возрасте Павел самостоятельно бросает всех репетиторов, институт, кружки и одну секцию.

В десятый класс перешел в другую школу из-за сильных ссор с учителями и учениками. Там началась совершенно другая жизнь. Смена школы была очень тяжелой. В течение всего десятого класса чувствовал себя некомфортно в новом классе. Ему было легче признаться, что он не сделал домашнее задание, чем выйти к доске и отвечать, даже если он приготовил уроки.

В начале десятого класса появились сильные боли в подреберье, ощущение кома в животе, который «по ощущениям, застрял и никуда не мог продвинуться». Павел даже не мог стоять. Потом симптомы уменьшились до ощущения тяжести в правом подреберье во время занятий спортом и положении лежа на спине или левом боку.

История Жильбера
Л — редкое психосоматическое расстройство неясного характера

В областной клинической больнице поставлен диагноз желтуха Жильбера(?) Дискинезия желчевыводящих путей(?) Возобновились ночные кошмары.

В десятом классе стал посещать психологический кружок. С руководителем установились теплые отношения. Серьезно увлекся психологией, параллельно продолжал заниматься таеквон-до.

Мать перестала контролировать его учебу в школе, подчеркнув, что теперь он сам решает, что делать. Павел стал ездить на соревнования и на научные конференции, всегда занимал призовые места. В это время его статус растет в глазах окружающих.

Необходимо заметить, что как только юноша открывал любую книгу по психологии и начинал ее читать, у него тут же подсакивало давление, начиналась дрожь во всем теле. Далее он читать не мог, мысли сами куда-то уносили его. Появлялась сильная усталость, которая сохранялась весь день и вечер. Только ночью Павел мог позволить себе заняться чем-нибудь, так как усталость отступала к концу вечера. Особенно плохо себя чувствовал в выходные дни.

Ночные кошмары прекратились после того, как Павел стал во сне драться с обидчиками, выбрасывал их из окна, выкалывал глаза, убивал, давил и выходил победителем. Почти сразу после ночных кошмаров появились симптомы нейродермита.

Отношения в семье сохранялись прежние. Постоянные ссоры стали доходить до драк, и Павел несколько раз избил отца, когда тот пытался унижать жену в присутствии сына.

Психофизическое состояние юноши было прежним: постоянная усталость, отчужденность, тяжесть в подреберье: в одиннадцатом классе оно постепенно стало ухудшаться.

В конце одиннадцатого класса мать, вопреки его аргументам о сдаче экзаменов, насильно госпитализировала юношу в областную клиническую больницу. Там ему назначали барбитураты (фенотарбитал) в больших дозах, от чего сильная тяжесть в подреберье еще больше усилилась, выросла выраженная отчужденность, замкнутость, вялость, сонливость, иногда по ночам возникали слуховые галлюцинации. Павел старался готовиться в больнице к экзаменам. Был поставлен диагноз: хронический гепатит неясной этиологии. Позже этот диагноз был отвергнут. После выписки из медицинского учреждения усилилось чувство страха пребывания в местах скопления людей, а вечерняя вялость дошла до полного бездействия. Также были жалобы на ощущение постоянного психологического дискомфорта, «невыносимости», появилась раздражительность, ненависть ко всем близким людям, которую он скрывал в себе.

В 2001 году поступил в университет.

Во время обучения в начале первого курса симптомы практически исчезли. Но появились сильные приступы нейродермита.

Стал сожительствовать с девушкой, которую он любил, но имел к ней сильное сексуальное влечение. Испытывал чувство вины, что использует ее. Зимой того же года появилось необъяснимое ощущение оцепенения, сильное напряжение и сжатие в голове, «как будто работал всю неделю без отдыха», крайне выраженная усталость, пассивность. Жаловался на ощущение, что «после сна встаешь

Нейродермит — крупные множественные высыпания по всему телу, которые вызывают сильный зуд

еще более уставшим. Нет желания что-либо делать». К вечеру симптомы усиливались.

Вновь стала нарастать раздражительность из-за постоянных пререканий, замечаний, совершенно не обоснованных, со стороны хозяйки (снял комнату в частной квартире), сопровождаемая ощущением вины. Чувство вины, раздражительность и агрессия появлялись и в адрес жившей с ним девушки. Возобновились прекратившиеся ранее боли в подреберье, зуд по всему телу начинался даже в том случае, если к Павлу кто-нибудь притрагивался, особенно ночью.

В университете с утра наблюдалась вспышка возбуждения, мгновенно переходящая в вялость, сонливость, утомленность, продолжавшиеся весь день.

С девушкой несколько раз ссорились и примирялись. После очередного разрыва девушка предприняла попытку суицида, что послужило для Павла сигналом к окончательному разрыву отношений. Вскоре после переезда на другую квартиру симптоматика резко пошла на убыль. Сохранялись лишь редкие головные боли и тяжесть в подреберье.

Обратился за консультацией к психотерапевту.

Во время первого интервью после краткого изложения анамнеза психотерапевт предложил обозначить проблемы, над которыми Павел хотел работать. Юноша был мотивирован на проведение психотерапии, и ему было предложено пройти краткосрочный психотерапевтический курс. На одной из сессий в проективном рисунке «моя болезнь» он нарисовал круг, в центре которого находилось концентрическое включение желтого цвета, окруженное зубами. Назвал картину «Ужас». В рисунке присутствовало много агрессии. Ведущей жалобой было признано беспокойство Павла по поводу печени, а не проблемы с дикцией, с которыми он обратился на прием к психотерапевту. Можно было предположить, что молодой человек имеет множество других проблем, над которыми захочет работать. Решено было тщательно изучить биографию пациента.

В начале работы группы Павел практически не показывал своих чувств, за исключением чувства вины.

Ко второй встрече Павел построил график самочувствия, на котором наблюдалась положительная динамика, а также поделился воспоминаниями раннего детства:

1. 2–3 месяца. *Очень расплывчато. Улыбка матери в ярких красках. Воспоминание мгновенно.*
2. 4–5 класс. *В ванной комнате, он, голый, плачет: <Я скоро умру!*. Мама говорит: «Перестань плакать, ты еще долго будешь жить*». Эта ситуация в тот период повторялась неоднократно.*

3. 4–5 лет. Садик. Он с мальчиками, с которыми были конфликты, сидел на горке. Один из них упал и стал громко плакать, пожаловался воспитательнице. Она во всем обвинила Диму, не разобравшись в ситуации. Павел отметил первое появление чувства вины.

4. Павел на кровати спрятался за шкаф. Отец и мать сильно ругаются. Мальчик громко, почти истерично плачет, пытается привлечь внимание. Родители говорят: «Вот видишь, из-за тебя ребенок плачет», — и продолжают ругаться.

5. Родители часто включали в свои «игры» Павла. Постоянно задавали вопрос при этом: «Скажи, кто тебе больше нравится?», на который ребенку было очень трудно ответить. Иногда выбирал одного из родителей, то чувствовал вину по отношению к другому.

Павел решил вернуться к работе с рисунком. Психотерапевт спросил у юноши: «Не хотел ли ты что-нибудь изменить в нем сегодня?». Он ответил, что закрасил бы пустоту оранжевым цветом. На вопрос, чего хочет болезнь, ответил, что желает убить Павла, при этом она получает от этого удовольствие.

— Кто-нибудь так еще себя ведет?

— Мама, я сам.

Продолжил работу протагонистом в психодраме. Участники: мать, отец, сестра, он. Выбрав вспомогательных Я из членов группы, рассказал о каждом члене семьи от их имени. На предложение, с кем бы он хотел сегодня встретиться, выбрал мать. Значимая тема касалась ее контроля, нежелания отпускать от себя сына.

Когда игрок в роли матери решила отпустить и полностью передать ответственность, в том числе и финансовую, Павлу, он оказался не готов к принятию такого груза и стал говорить о том, что он все же ей сын, и она не имеет права не помогать ему.

В конце занятия сообщил, что чувствует себя хорошо, но при этом отметил сильную усталость и опустошенность.

На третьей встрече сказал, что за прошедшее время симптомы со стороны печени его не беспокоили. Чувствовал себя бодро.

На четвертом занятии участвовал в качестве вспомогательного игрока. В психодраме работала девушка с проблемой выбора жениха из двух имеющихся молодых людей. Павел выступал в роли молодого человека, с которым девушка в итоге простилась. Давая обратную связь, сказал, что именно эта роль помогла ему почувствовать, что его девушка «внутри него» отпустила его. Чувствовал облегчение и удовлетворенность.

В конце занятия при обмене чувств свое состояние обозначил как хорошее, бодрое, активное. Есть ощущение, что повзрослел.

Наблюдая за психодрамой женщины (см. учебный пример № 6), где была воспроизведена сцена, во время которой при годовалом ребенке пьяный отец душил мать, Павел в конце занятия почув-

ствовал очень сильную агрессию, сообщил о ней и стал бить ногой по полиэтиленовой пятилитровой бутылки с водой.



Анализируя данный случай, необходимо подчеркнуть, что мы наблюдаем типичный пример коморбидности и даже мультиморбидности. Если обратиться к многоосевой классификации, то диагноз у Павла звучит следующим образом:

1. Клинические расстройства и другие релевантные клинические проблемы. Речь взахлеб (F98.6). Транзиторное психотическое расстройство (F23.0).
2. Расстройства личности, задержка умственного развития. Повышенная обидчивость и ранимость юноши, плохая переносимость критики, воспитание в дисфункциональной семье относят его к «группе риска» по формированию расстройства личности. В момент обращения нет полного соответствия критериям расстройства личности МКБ-10.
3. Соматические болезни. Функциональная юношеская желтуха (ювенильная желтушность). Нейродермит.
4. Психосоциальные проблемы и проблемы, обусловленные окружающей средой. Дисфункциональная семья с длительным супружеским конфликтом и вовлечением в него детей. Воспитание по типу доминирующей гиперпротекции.
5. Пубертатный уровень функционирования. Юноша справляется со всеми возникающими проблемами (отличная учеба, устройство на работу).

Мы описали начальный психотерапевтический этап — освобождение и контейнирование младенческих нарциссических обид; как правило, их переживание и отреагирование ведет к изменению сознательных представлений о реальности. Павел в конце работы краткосрочной группы смог увидеть реальные отношения с матерью, в которых присутствовали также любовь, страх за жизнь сына, что отвергалось его сознанием и замещалось разросшейся фантазией о притеснении и неприятии ею сына.

Кагамнез — отсроченное наблюдение

Юноша мотивирован на прохождение психотерапии, а это залог успеха в лечении психосоматического расстройства. Учитывая наличие выраженного астенического синдрома, решено использовать и биологическую терапию. Катамнестические наблюдения показали, что назначение гепатопротекторов (шрот расторопши, эссенциале), витаминных препаратов на фоне интегративной психотерапии, включавшей в себя групповую и индивидуально-раскрывающую, привели к значительному улучшению состояния Павла. Успешно сочетает работу и учебу. Повышенные показатели печеночных проб стали приходить в норму. Сейчас отсутствуют практически все симптомы, кроме легкого недомогания днем. Однако, учитывая мультиморбидность и быстрое истощение ресурсов организма вплоть до психотической симптоматики в периоды выраженных стрессов, говорить об успехе психотерапии рано. Павел нуждается в поддерживающей психотерапии, которая включает баланс поддержки и конфронтации.

Когда в ходе психотерапии пациент учится чувствовать и символически выражать свое эмоциональное состояние, в нем могут раскрыться новые, неизвестные ему ранее, потенциалы и угрожающие аффекты. Например, пациент может почувствовать подавляемую ранее ярость (как в случае с Павлом). В результате при лечении психосоматических больных часто возникают так называемые «психосоматические кризы». Куттер сравнивает это состояние с ситуацией, когда разбудили спящих собак, которые начали лаять и кусаться. Не справляясь с освобождаемой яростью и агрессией, пациент может совершать делинквентные (криминальные) поступки или — что бывает гораздо чаще — прибегает к помощи алкоголя (см. Учебный пример № 14).

Возникновение психосоматического расстройства, которое послужило предметом психотерапии, кроме концепции Митчерлиха, можно объяснить участием ряда других психодинамических факторов,

описанных в данном разделе психологических теорий: конверсии, внутреннего и внешнего Я-ограничения по Аммону и т. д.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ СИМПТОМ | АК РЕЗУЛЬТАТ НАРУШЕНИЯ ОБЪЕКТНЫХ ОТНОШЕНИЙ

Теория объектных отношений — это психология разума, развитая последователями Фрейда: Кляйн, Фейрберном, Винникотом, Кернбергом.

Их теории родились при изучении воздействия индивидуальных отношений человека с внешним миром на его внутренний психический мир. Психика и личность представляются как результат связей людей с внешним миром, которые запоминаются (интернализуются) разумом в виде «объектных отношений». Детство рассматривается как период наиболее активного становления личности, хотя внутренние объектные отношения могут быть изменены и в зрелом возрасте (психотерапией или более глубокими переживаниями).

Объекты — это люди, с которыми человек вступает в отношения во внешнем мире, а также внутренние психические представления (внутренние объекты), которые создаются человеческим разумом на основе этих отношений.

Они существуют в разуме человека в виде психических представлений о них и находятся в отношениях с представлением человека о себе (самопредставлением). Доступ к этим объектным отношениям (или память о них) в терапевтической обстановке может быть достигнут через символы (например, связанные с воспоминаниями об игрушках).

Например, отец, подаривший сыну солдатика или мать, выбросившая куклу дочери, — это объекты.

Теория объектных отношений рассматривает ребенка, в отличие от Фрейда, как «открытую систему», постоянно вступающую во взаимоотношения с внешним миром. Это приводит к созданию внутреннего мира, который можно изучать, наблюдая его развитие в детстве или в психодраме.

Логично начать анализ развития с жизни плода в утробе, с того опыта, который он там получает. Психологическая связь с матерью не является абсолютной, и некоторые переживания, связанные с внешним миром, проникают в матку и воздействуют на растущий плод. Но утроба матери — достаточно спокойное и безопасное место, из которого младенец при рождении выходит в огромный внешний мир. В этом мире существует множество «других», с которыми ребенок должен обрести связь. Это окружение, полное новых звуков, запахов, образов и других переживаний, несущих новые возможности и опасности.

С момента рождения малыш начинает устанавливать связи с окружающими. Он не пассивный объект: он движется, плачет, со временем смеется и гулит, ищет себе компанию. У него есть для этого мотивационные силы, связанные с базовыми потребностями: еда, сон и контакты с окружающими (позднее и сексуальная жизнь) — все основные аспекты физического выживания животного мира. Эти системы включают в себя наследуемые инстинкты и влечения и создают сложные модели поведения, часто вовлекающие разные объекты и других людей. Память об этой деятельности формирует основу детского внутреннего мира воспоминаний. Но есть и другие наследуемые системы, которые действуют как влечения и мотивы к организации и интеграции воспоминаний, находящихся в психике. Мы способны учиться и таким образом приспосабливаться к окружающей обстановке!

Теория объектных отношений представляет психику и личность как результат связей людей с внешним

миром, которые запоминаются (интернализуются) разумом в виде «объектных отношений».

Ранние модели взаимоотношений оказывают огромное влияние на формирование взрослых связей, независимо от дальнейших событий. По мнению теоретиков данного направления, личность формируется из стойких моделей отношений к другим (в этом ее сходство с теорией отношений Мясищева). Приверженцы объектных отношений частично отвергают фрейдовскую метапсихологию, то есть его концепцию Ид, Эго, Суперэго и идею о том, что личность является энергорегулирующей установкой. Теория объектных отношений сфокусирована на развитии отдельной, дифференцированной, интегрированной и цельной личности. Полноценный процесс взросления, нарушения и восстановления целостности как Эго, так и личного Я зависит от отношения Эго с объектами, первоначально в младенчестве и впоследствии от бессознательных взаимодействий с объектными отношениями реальной жизни.

Практически все концепции происхождения и терапии личностных расстройств последних десятилетий опираются в своих базовых положениях на концепцию Малера, которая пристальное внимание уделяла процессу «сепарации-индивидуации». Термином сепарация, или разделение, Малер называет процесс, в ходе которого младенец постепенно формирует внутриспсихическую репрезентацию самого себя, отличную и отделенную от репрезентации его матери. Речь идет не о физическом, пространственном отделении от родителей или разрыве межличностных отношений, а о развитии внутреннего чувства возможности нормального и полноценного психического функционирования независимо от матери. Индивидуация означает усилия маленького ребенка по построению собственной уникальной идентичности, восприятию самого себя как отличающегося от других людей. В оптимальном варианте отношения сепарации и индивидуации разворачиваются одновременно, но могут и

расходиться в силу задержки или ускорения развития какого-либо аспекта.



Подробно о данной концепции можно прочитать в книге Соколовой «Психотерапия» (2001).

Мы остановимся подробнее на концепции Кернберга в связи с ее высокой популярностью у психотерапевтов с психологическим и медицинским образованием как за рубежом, так и в нашей стране.

Процесс изменения психики ребенка при его отношениях с внешним миром он назвал интернализацией. С возрастом она становится все более сложной, но у каждого индивида проходит три этапа:

1. Интроекция. На этом этапе интернализации следы памяти младенца состоят из трех основных элементов:

- а) объект-образы (или объект-представления);
- б) Я-образы (или Я-представления);
- в) произвольные влечения (склонность к специфическим аффективным состояниям).

Процесс запоминания зависит от того, как ребенок чувствует и воспринимает кого-то во внешнем мире. Затем воспоминания о другом человеке соединяются с воспоминаниями о себе вместе с аффектами и чувствами, существовавшими в ребенке в этот момент. В данный момент он осознает только две вещи: себя и другое. После интернализации и запоминания себя во взаимоотношениях с другими появляются внутренние объекты, которые можно назвать Я-объектами и Ты/Другой-объектами. Если инстинкт, ищущий высвобождения, был «либидинальным», то настроение (аффект) будет положительным и принесет удовольствие. Так образуется триада опыта: Я-объект, Ты/Другой-объект и аффективная окраска этих отношений.

Вот почему диагностике аффектов уделяется так много внимания при интервьюировании психосоматических пациентов!

Постепенно ребенок начинает собирать множество различных и не скоординированных между собой объектных отношений, каждое из которых связано со своим настроением. Кернберг описывает их как объектные отношения, «обладающие положительной или отрицательной валентностью». Кляйн рассматривала это разделение как психологически активное защитное действие, сохраняющее хорошее и плохое порознь.

2. Идентификация. С течением времени нервная система новорожденного продолжает совершенствоваться и структура его психики (Эго) становится более сложной. К трем годам ребенок становится способным распознавать ролевые аспекты межличностного взаимодействия. Роль — это наличие социально признанной функции, которую несет объект или оба участника взаимодействия. Ребенок начинает осознавать роли, которые он принимает в ответ на соответствующие роли других людей, и учиться им. Они становятся частью его внутреннего мира (роль кормящего и кормящегося, роль шлепающего и роль отшлепанного). Отношения с объектами, дающими позитивные чувства, связываются воедино, отрицательные чувства также объединяются. (Морено добавлял к взгляду на роли как личностному и развивающему аспекту еще один элемент: взгляд общества.)

3. Эго-идентичность. Познавательные потребности ребенка растут и увеличивают интегративные внутренние объекты. Происходит консолидация эго-структур с чувством непрерывности Я, чувство постоянства в личных взаимоотношениях (непротиворечивая концепция мира объектов) и признание этого постоянства как характеристики личности со стороны межличностного окружения, а также осознание личностью этого признания («утверждение»). Ребенок развивает более реалистичный взгляд на то, кто он есть. Он начинает сознавать, что мать кормящая и шлепающая — та же самая фигура, а Я, который любит мать, — тот же, что и Я, который обижается на нее. Интегрированный внутренний объект «мать» поначалу относится к одной

персоне из внешнего мира. Однако, опираясь на аффекты, ребенок будет стремиться связать «фигуру матери» во внешнем мире подобно связи объекта «мать» во внутреннем мире. Он начинает иметь много внутренних «Другой-объектов», включая объекты «отец», «дедушка», «брат» и т. п. Интернализированные объекты других создают представляемый мир, т. е. внутреннюю модель внешнего мира в психике. Она используется личностью для того чтобы предсказать поведение мира. Но интеграция увеличивает появление тревоги, вызванное попытками соединить конфликтующие объектные отношения. Как защита происходит вытеснение и формируется бессознательное.

Можно сказать, что формирование внутренних объектных отношений происходит задолго до того, как ребенок начинает использовать или понимать слова и язык. Их можно охарактеризовать как фантазию. В поздний период при определенных условиях (в детской спонтанной игре или психоанализе) появляется возможность выразить их словами. Даже у взрослого фантазии продолжают действовать рядом со словами и независимо от них. Смыслы и чувства гораздо старше слов!

Самая разнообразная деятельность, включая танцы, музыку, живопись, скульптуру, переживается невербально, так же, как и многие стороны взаимодействия между людьми (выражение лица, тональность голоса).

Психическое развитие и после интеграции внутреннего мира не останавливается. Идет развитие Сверх-Я и Я-Идеала, которые ведут к усложнению психики. Некоторые люди, с которыми мы взаимодействуем, становятся не только воспоминанием, но и частью нашей психики, нашей личности. Когда эти ранние объектные отношения всплывают на поверхность взрослой жизни, они проявляются, прежде всего, через невербальные чувства и действия.

Нарушение объектных отношений может способствовать формированию психосоматического симптома.

Проиллюстрируем это клиническим примером.

УЧЕБНЫЙ ПРИМЕР № 8

Ирина, 36 лет

Рост 164 см, вес 103 кг. Жалобы на постоянное увеличение веса

Ирина первый и единственный ребенок в семье. Мать в послевоенные годы сильно голодала, что послужило формированию культуры еды в семье. «Ребенок должен быть всегда сытым; все самое вкусное ребенку; с тарелки все должно быть съедено; еду надо потреблять с обильно накрытого стола» — эти родительские установки пациентка впитывала в семье с детства.

Родилась от первой беременности, роды срочные, вес — 3100 г, рост — 51 см. Закричала сразу. Родители хотели, чтобы родился мальчик.

В первые месяцы жизни мать отмечала беспокойство — ребенок часто плакал, срыгивал пищу, но родители кормили строго по часам и никогда не докармливали. Очень строгий контроль над режимом питания осуществлялся с первых дней жизни. Родители не прислушивались к потребностям ребенка в пище. Если ночью девочка сильно плакала, отец брал на руки и держал перед рыбками в аквариуме, девочка успокаивалась, наблюдая за ними. Таким образом, запрет на выражение эмоций существовал уже тогда в пассивной форме.

Грудное вскармливание продолжалось до восемнадцати месяцев. Сильное пеленание происходило до девяти месяцев. Мать сидела с девочкой до трех лет дома, и дочь практически не болела. В три года начала посещать детский сад. Плохой контакт с воспитателями послужил развитию частых простудных заболеваний. Перевод в другой садик, несмотря на благожелательное отношение воспитателей, не уменьшил частоты простудных и инфекционных заболеваний. На одно лето была отправлена в выездной детский сад, и через два дня родителям сообщили, что ребенок с высокой температурой находится в изоляторе. Родители вынуждены были забрать дочь домой.

Когда девочке исполнилось шесть лет, семья переехала в новую двухкомнатную квартиру, и дочь пошла в школу. Мать уволилась с работы и сидела с девочкой дома, постоянно контролируя выполнение домашних заданий и следя за «правильным и нормальным» питанием ребенка (тертая морковь каждый день, рыбий жир). Между матерью и девочкой установились теплые, ласковые отношения. Девочка стала болеть реже и, в основном, простудными заболеваниями.

После того как пациентка пошла в четвертый класс, мать устроилась на работу и перестала осуществлять тотальный контроль над ребенком. В это же время в семью привезли бабушку по линии матери, которая страдала рассеянным склерозом и не могла выполнять самые простые действия по самообслуживанию. Девочка «смотрела» за бабушкой, кормила ее, когда мать находилась на работе. Дочь перестала простужаться, и мать прекратила брать

больничные листы, бабка в течение четырех лет проживала в семье по шесть месяцев в году (остальное время она жила у другой своей дочери). И пока она находилась в семье, девочка «отдавала» ей свою комнату и ухаживала за старым человеком.

Все предыдущие годы, пока бабка была здорова, девочка проводила каникулы с ней в деревне. И когда та заболела, встал вопрос, куда отправить ребенка на лето. Дочь категорически отказалась от пионерского лагеря. Родители вынуждены были отправить ребенка на дачу к тетке. Тетка была властной женщиной, считала, что усиленное кормление и предложение пищи является проявлением заботы, внимания и любви к ребенку. У пациентки на фоне тоски по матери, которая могла приезжать только на воскресенье, естественных физиологических изменений в пубертате, постоянного усиленного предложения еды, отказаться от которой ребенку было неудобно, стала нарастать полнота.

Отношения в классе сохранялись нормальными, хотя некоторые ребята придумывали обидные прозвища и смеялись над ее полнотой. В это же время у нее очень резко ухудшилось зрение — с 1 до 0,3, были выписаны очки, которые тоже стали предметом насмешек одноклассников. Девочка очень сильно переживала свои внешние изменения, шутки одноклассников, и, возможно, именно в этот период самооценка ее резко понизилась. Переживаниями она ни с кем не делилась. Родители их не замечали, а подругам они были неинтересны. Всегда старалась очень хорошо учиться, участвовала в общественной работе школы. Со слов пациентки, использовала оценки как некоторую компенсацию своих внешних недостатков.

Все старшие классы и когда девушка училась в институте, существовал «комплекс внешней непривлекательности». Она себя считала безобразно толстой, при росте 164 см весила 72 кг. В целях коррекции фигуры посещала занятия аэробикой. На четвертом курсе института (19 лет) радикально решила изменить свою внешность и похудеть. Соблюдала строгую диету с однодневным ежедневным голоданием по Г. Бреггу. Несколько раз практиковала трехдневные курсы голодания, но однажды это закончилось обмороком на улице и вызовом «скорой помощи» прохожими. Это не остановило девушку, и за 5 месяцев она похудела на 12 кг. В это же время она вышла замуж и забеременела.

После рождения ребенка в течение года она прибавила в весе 15 кг. Весь период кормления ребенка грудью слышала советы, что она должна усиленно питаться сама. После рождения ребенка проявилось наследственное заболевание — варикозное расширение вен (на ногах). В течение последующих шести лет женщина постоянно пыталась контролировать вес с помощью диеты, занятий физкультурой, приемом препаратов «Герبالайф», АНКИР-Б, но безуспешно. Вес неустанно увеличивался и достиг 89 кг.

После рождения второго ребенка ситуация повторилась, т. е. вес увеличился в течение года после рождения ребенка на 7 кг и стал 96 кг. В последующие пять лет женщина также пыталась контролировать вес, но безрезультатно, и сейчас он составляет 103 кг. Перепробовав все возможные способы регулирования веса и поняв, что в основе патологического переедания и, как следствие, увеличения веса лежит неразрешенная психологическая проблема, пациентка решила обратиться к психотерапевту.



Анализируя историю пациентки, следует подчеркнуть, что в ее объектных отношениях имеются следующие нарушения. Несмотря на возраст 36 лет, она до сих пор психологически не отделилась от матери. Вполне возможно, что еда стала защитой от чувства утраты близкого контакта с матерью. Невозможность преодоления утраты объекта заменяется другим объектом, которым стала пища, удовлетворяющим и успокаивающим ребенка. В сытом состоянии женщина чувствует себя душевно уравновешенной, уменьшается тревога.

Выбору симптоматики способствовали также «семейные темы», связанные с питанием.

Комплексное лечение, состоящее из индивидуальной психотерапии, направленной на ускорение сепарации-индивидуации пациентки, поиска ее ресурсов, диетотерапии, создание баланса между физическими нагрузками и потребляемыми калориями привели к положительным результатам.

Я — биологически возникшая адаптивная, иерархическая структура, которая пытается скоординировать множество целей, желаний, ценностей и намерений. Индивид нуждается в организационной структуре, которая может расставить приоритеты в противоречащих намерениях, желаниях и чувствах и внести согласованность в удовлетворение этих желаний.

По теории объектных отношений на намерения влияет их место во всей структуре Я, и они принимают различные значения в зависимости от того, как они

интегрированы в личность. Проблема подавления состоит в том, что некоторые примитивные детские намерения отделяются от структуры Я и потому не имеют возможности быть эффективно интегрированными. Осознание этих намерений во время психотерапии позволяет интегрировать их во взрослое Я и, следовательно, видоизменять их.

Таким образом, Кернберг сделал набросок теории объектных отношений, которая объединяет психоаналитическую теорию инстинктов с подходом Эго-психологии.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ СИМПТОМ КАК РЕЗУЛЬТАТ НАРУШЕНИЯ САМОУВАЖЕНИЯ. ЭГО-ПСИХОЛОГИЯ КОХУТА

В Эго (Я)-психологии, разработанной Кохутом, пациент рассматривается как человек, нуждающийся в определенных реакциях со стороны других людей для поддержания самоуважения и целостности Я. Кохут изучал пациентов с нарциссическими личностными расстройствами. Эти пациенты жаловались на трудно поддающиеся описанию чувство пустоты, депрессию и неудовлетворенность своими взаимоотношениями с окружающими. Их самооценка была крайне уязвимой для любых проявлений неуважения. В детстве эти пациенты страдали от неспособности их родителей выполнять свои родительские функции, в частности поддерживать потребность детей в идеализации родителей. И будучи детьми, и в зрелом возрасте они испытывали трудности в поддержании чувства целостности и самоуважения. Для Кохута развитие стабильного согласованного уникального Я — основной вопрос развития личности. В результате нарушения данного процесса наблюдается психопатология. Психосоматический симптом может появиться в резуль-

тате замещения любви родителей или их отражения, когда пациент имеет возможность получить внимание от персонала медицинских учреждений, проходя многочисленные обследования и лечение.

Эго-объекты играют решающую роль в формировании у человека согласованного Я. Эго-объект можно представить себе как человека, который обеспечивает важный набор функций для развития Я. Однако некоторые авторы подчеркивают, что правильнее говорить о функциях Эго-объекта, чем об Эго-объектах, так как решающую роль в действительности играют функции сами по себе.

Маленький ребенок в первый год жизни не имеет Я (хотя у него есть внутренний потенциал для его развития). В данный момент его ощущение себя фрагментарно и несогласованно. Только на втором году жизни через реакцию важных для него воспитателей он начинает вырабатывать организованное сущностное «ядерное» ощущение себя. Самый главный способ развития — эмпатия. Еще более важным является осуществление матерью психологической поддержки. Всем, кто имел дело с маленькими детьми, знакомо их поведение «Посмотри на меня». Нужно иметь способность к «правильной оценке» и пониманию, для того чтобы дети выработали в себе чувство собственной ценности. При оптимальном развитии периодический недостаток эмпатического отражения позволяет ребенку научиться обеспечивать себе самоподдержку, т. е. можно сказать, что происходит «превращающая интернализация». Оптимальное эмпатическое отражение матери ведет к модулированию и смягчению претенциозных эксгибиционистских тенденций ребенка и к развитию здорового, зрелого самоуважения, амбиций и напористости.

Если ребенка успокаивает и развивает кто-то, кого он идеализирует, это укрепляет образ его Я и его самоуважение. Но по мере того как ребенок научается успокаивать себя, ему больше уже не нужно считать идеальным человека, который утешает его. Еще одна

потребность маленького ребенка — чувствовать сходство с другими людьми и свою принадлежность к ним. Став взрослыми, мы переживаем эту потребность в «близняшестве», когда, например, с удовольствием знакомимся с кем-то, кого находим очень похожим на себя. Способность ребенка выработать этот аспект своего Я связана с его способностью установить дружелюбные отношения с другими.

Развитие этих трех полюсов Я — претенциозного эксгибиционистского, идеализирующего и полюса близняшества — ведет к достижению согласованного ядерного Эго примерно на третьем году жизни, если все идет хорошо. Но это не значит, что теперь больше не нужны другие люди, когда мы достигаем здорового ядерного Я. Эго-психология — это не теория сепарации-индивидуации, как теория объектных отношений, где здоровым исходом считается отдельное самостоятельное Я; здесь здоровое Я существует в *межсубъектном поле*. Не существует Я, полностью отделенного от других людей. Эго-психология, таким образом, утверждает радикально иной взгляд на человека — в отличие от Фрейда, теории объектных отношений и большинства традиционных западных теорий Я.

УЧЕБНЫЙ ПРИМЕР № 9

Юрий П., 36 лет

С детства был нелюбимым сыном у отца, часто подвергался физическим наказаниям. В первый год службы в армии потерял мать, которую очень любил. Мать умерла в 40 лет вскоре после операции по поводу язвенной болезни. Семейная история свидетельствует о том, что отец потребовал интимных отношений, когда у жены еще не были сняты швы.

От первого брака у Юрия было трое детей. Прожив с первой женой семь лет, он уехал от нее после очередного конфликта, связанного с ее равнодушным отношением к потребностям мужа. Разыскал проживавшую в Латвии одноклассницу, которая также с тремя детьми уехала от мужа. Вскоре в связи с распадом СССР они вместе вынуждены были уехать в Псковскую область. Юрий воспитывал пасынков как родных детей, хотя вторая жена периодически подчеркивала, что ему нельзя наказывать неродных детей. Спустя два года родился совместный ребенок. Идеализация второй жены, которая напоминала по характеру и носила такое же имя, как и умершая мать, вскоре начала проходить. Жена пре-

пятствовала общению с друзьями, пилила его за употребление алкоголя. Когда младшему ребенку исполнилось три года, у него была диагностирована бронхиальная астма, а отец начал страдать язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Каждый год он проходит курс лечения медикаментами, ему неоднократно предлагалась операция. В случайной беседе с психотерапевтом он сообщил следующие факты. Постоянно испытывает чувство внутренней пустоты и дефицит общения, растерял братьев, нет друга, с которым мог бы поделиться своими переживаниями, жена осуществляет тотальный контроль над кругом его общения (в рассказе именуется ее «моя ментовка»), дети, которых он вырастил как своих, игнорируют его мнение. Младший сын избалован из-за своей болезни. Юрий испытывает чувство вины перед своими родными детьми, оставленными на Украине. Платит небольшие алименты, но деньги не доходят до адресата. «Бывает желание уйти в поле и напиться. Иногда напиваюсь назло жене».



Когда находится в районной больнице, психологическое состояние улучшается. Во время последней госпитализации ухватился за идею об инвалидности.

Кохут развивает теорию дефицита, в отличие от фрейдовской теории конфликта. Опираясь на концепцию автора, психотерапевту следует эмпатично исследовать нарциссические потребности и фрустрации пациента, становиться Я-объектом, способным заполнить «пустоты» Я.

1 СИХОСОМАТИЧЕСКИЙ СИМПТОМ и РЕЗУЛЬТАТ РЕСОМАТИЗАЦИИ ФУНКЦИЙ Я. | КОНЦЕПЦИЯ ДЕСОМАТИЗАЦИИ ШУРА

Шур, личный врач Фрейда и тоже психоаналитик, предложил модель *десоматизации* и *ресоматизации*, согласно которой в раннем детстве для человека характерно единое «психофизиологическое переживание». Аффекты еще в значительной мере связаны с сопровождающими их соматическими процессами. Например, ребенок испытывает страх (реакция на психическом уровне) и одновременно

дрожит, потеет, учащенно дышит (реакция на соматическом уровне).

Шур описывает дальнейшее развитие ребенка как **процесс десоматизации**, в ходе которого либидонозные и агрессивные энергетические напряжения нейтрализуются, совершенствуются. Становятся более зрелыми как психические, так и соматические механизмы, дифференцируются центральная и вегетативная нервные системы; улучшается координация и произвольное управление движениями; совершенствуются процессы восприятия; ребенок становится более мобильным. По мере взросления вегетативные процессы отвода либидонозного и агрессивного напряжения все более отходят на задний план.

Шур считает, что активные действия и соматические реакции постепенно заменяются речью и внутренними переживаниями. Однако в результате того или иного неблагоприятного развития и стрессовых факторов нормальный процесс десоматизации может обернуться регрессией в форме ресоматизации аффекта. В ситуациях внутренней или внешней опасности происходит возвращение преодоленного соматического способа реагирования. Психосоматический симптом возникает, по Шуру, когда при сильной нагрузке нарушается психодинамическое равновесие и происходит внезапный прорыв бессознательного материала в форме преэдипальных или эдипальных инстинктивных желаний и механизмы защиты Я не срабатывают. Все формы психосоматических расстройств сопровождается «нарциссический регресс», который проявляется в органической симптоматике. В рамках этой концепции регрессивной ресоматизации функций Я Шур устанавливает также связь между конверсионными симптомами и их органическими эквивалентами.

Примером, где механизм «ресоматизации» играет ведущую роль наряду с другими факторами, служит следующее наблюдение.

Матери при рождении ребенка было 36 лет. Девочка родилась в результате второй беременности. Вес ребенка 2,7 кг, рост 47 см. На грудном вскармливании девочка быстро прибавляла в весе и хорошо развивалась. В возрасте двух лет ее отдали в ясли, и через две недели она заболела пневмонией, и ее поместили в детскую больницу, где она находилась целый месяц. После выписки домой у ребенка поднялась температура, и ее снова госпитализировали. Врачи разрешили матери приходить к ребенку каждый день и гулять с ним в парке. После прогулки девочка очень не хотелось расставаться с мамой, и она очень плакала.

При выписке врач сообщил, что у ребенка имеют место астматические проявления. Мать была очень обеспокоена этим диагнозом и по совету педиатра ранней весной поехала с дочерью к бабушке в деревню. Там девочку каждый день поили горячим молоком со свиным нутряным жиром. После этого курса лечения ей стало лучше. После возвращения домой она больше не посещала ясли. В детский сад пошла в три года. До школы еще один раз серьезно болела. У нее поднялась высокая температура, врачом был поставлен диагноз пневмония, а на следующий день обнаружена скарлатинозная сыпь, и девочка была госпитализирована. По дороге в больницу они с матерью обе плакали. Дочь испытывала сильный страх перед расставанием. Но опасения оказались напрасными, в палате она с радостью была принята другими детьми.

Из воспоминаний Натальи: «Наша палата была самая веселая и шумная. Я не испытывала ужаса и страха, а был покой и интересное общение с детьми разного возраста. Именно тогда возникло осознание того, что в жизни есть не только плохое, но и хорошее, не только черные полосы, но и белые. Это был тот необходимый маяк, который помогал в дальнейшей жизни».

В первый класс она пошла в шесть лет, не владея чтением и письмом, поэтому учиться было трудно. Учительница была очень строгая и любила давать подзатыльники за неверно выполненное задание. Однажды и Наталье попало, но она тут же отреагировала сильнейшим носовым кровотечением. После этого учительница больше девочку никогда не била.

Постепенно ей стало интересно заниматься, и к концу четвертого класса Наталья не имела ни одной тройки в четверти. В старших классах школы она также хорошо училась и почти не болела. В шестом классе у нее был обнаружен катар верхних дыхательных путей, и зимой она обычно ходила с насморком, но болезнью это раньше не считалось, и никто насморк не лечил. Лето она проводила у бабушки в деревне, питаясь парным молоком, умываясь ключевой водой и долго пребывая на свежем воздухе. Все это способствовало укреплению ее здоровья.

Первым ребенком в семье был ее брат Костя. «Он был, как говорили, непутевым». Костя учился в спортивной школе, занимался плаванием. Все силы были отданы спорту, а на учебу их не оставалось. Класс, в котором учился Костя, часто уезжал на сборы, летом по три месяца они тренировались на спортивной базе в одном из южных городов. Но однажды, когда мальчик сдавал нормативы на мастера спорта, ему не хватило доли секунды, и звания он не получил. Он рассказал сестре об этом позже, тогда он испытал настоящее разочарование. Постепенно интерес к плаванию, к достижению хороших результатов прошел, учеба его никогда не интересовала, но остались друзья, двор, «тусовки». Однажды он попробовал наркотики и потом уже не смог противостоять влечению к ним. Начался процесс постепенного разрушения его жизни. Сестра узнала о том, что ее брат наркоман, только тогда, когда его не взяли в армию. Мать очень ждала, что его заберут в армию и там он исправится, но именно армейская комиссия объявила родителям о том, что их сын — наркоман, и в армию его не призовут. И никакие связи не помогли родителям отправить сына в армию.

С их семьей родственники стали общаться очень мало. Не оставляла в покое только милиция. В то время все граждане должны были работать или учиться, Костя же не хотел ни того ни другого. Именно в милиции матери посоветовали отправить сына в закрытое заведение для наркоманов на два года, вместо армии, ей также сообщили, что его вылечат, и она поверила этим обещаниям. Девочка эти два года жила в каком-то оцепенении, она ждала, когда же брат вернется. Ей с трудом верилось, что все изменится в лучшую сторону. Постепенно, однако, жизнь налаживалась, из маленькой комнаты в коммунальной квартире семья переехала в отдельную квартиру. Отец, будучи квалифицированным специалистом, стал получать высокую зарплату и одновременно начал злоупотреблять алкоголем.

У бабки, проживавшей в семье, с невесткой были очень натянутые отношения. Дома обстановка была достаточно напряженной. Девочке было трудно принять позицию матери или бабки, так как она любила их одинаково сильно. Но чаще она оказывалась на стороне матери и обижала бабушку, а потом «тихо страдала от этого».

После возвращения Кости обстановка в семье накалилась. Юноша уходил и не возвращался сутками. Он приходил весь грязный, от него пахло чем-то сладковато-тягучим. Он уже не скрывал от сестры своего пристрастия. Девушка сообщила матери об этом факте. Они поссорились. Но юноша как-то сказал сестре, что ему уже не измениться, а мать лишний раз расстраивать не нужно. Она так и поступила. Из дома стали пропадать вещи. Приходили

***ие~то люди и требовали деньги, которые должен им Костя.

К^Аа обстановка стала невыносимой, родители попытались погнмом. Тогда сын им сказал, что, отдав его в это закры-

тое учреждение, они подписали ему приговор. Он не сможет вылечиться никогда.

Когда девушке исполнилось 15 лет, родители уехали деревню, впервые оставив дочь с сыном одних, чего раньше никогда не делали. Костя вернулся в одиннадцать часов вечера. Сестра накормила его, постелила постель и собралась ложиться спать. Брат пожелал ей спокойной ночи и сказал, что, если он упадет, чтобы та не пугалась. Она не подумала ни о чем плохом и легла спать.

Из воспоминаний Натальи: «Я спала как младенец, и проснулась только тогда, когда прозвенел будильник. Очень удивилась, почему в комнате горит свет, пошла на кухню и увидела лежащего на полу брата. Он был уже холодный. Рядом на столе лежал пустой шприц. Ему было 22 года.

Ко мне зашла подруга, чтобы пойти в школу. Мы с ней вызвали «скорую помощь» и позвонили моей тете. Приехала «скорая» и констатировала смерть от отравления неизвестным веществом. Когда «скорая помощь» уехала, подруга ушла в школу, и я осталась с ним одна. Я присела на край дивана, мне хотелось выть, но я боялась нарушить тишину. Я не помню, сколько так просидела, раскачиваясь в оцепенении. Когда приехала тетя, она осталась ждать машину, которая увезла Костю в морг. Я поехала на такси к родителям в деревню, чтобы сообщить о смерти сына. Я не помню, как долго мы ехали. Когда были на месте, я вошла в дом, и в сенях увидела маму. Она радостно меня приветствовала. И эта ее веселость как острым ножом резанула меня. Я сразу выпалила, что Костя умер. Начались рыдания, причитания и расспросы, как это произошло. Возник вопрос, почему же я не проснулась, и появилось чувство вины. Оно засасывало меня в свою бездну. И хотелось ненавидеть себя за черствость. Но это были мои чувства и переживания, о них меня никто не спрашивал. Мне казалось, что я должна поддержать маму, и я много разговаривала с ней, чтобы отвлечь от грустных мыслей. Костя умер в сентябре, и мне очень тяжело далась учеба в год его смерти».

В 10 классе Наталья «взялась за учебу», так как хотела поступить в медицинский институт. Но подготовка к вступительным экзаменам оказалась недостаточной, поэтому она не прошла по конкурсу и устроилась работать санитаркой в поликлинику. Но вместо того чтобы учить биологию, физику и химию, запоем читала художественную литературу. В то время она очень увлекалась поэзией. Иногда находила стихи Ахматовой, Фета, Блока, которые «рвали ей душу на части». Стоя перед зеркалом, читала их, плакала, иногда рыдала. Она чувствовала, что после чтения стихов ей становится легче на душе. Не поступив второй раз в медицинский институт, она без экзаменов была зачислена в медицинское училище. К учебе приступила с большим энтузиазмом. В группе у них

были только две петербурженки, остальные — приезжие. Культурный и интеллектуальный уровень учениц, которые выросли в большом городе, отличался от уровня девочек, приехавших из поселков и деревень. Ее сразу выбрали профоргом группы, и она увлеклась общественной работой. Кроме того, девушка посещала театральную студию и активно приглашала в театр своих сокурсниц.

Из воспоминаний Натальи: «Девочки, с которыми я училась, были очень искренними в проявлении своих чувств, добрыми. Они подарили мне тепло человеческих отношений, в котором я так нуждалась, а я с удовольствием делилась с ними своими знаниями».

В середине второго курса ей предложили работать по окончании училища освобожденным председателем студенческого профкома. Это предложение для нее было неожиданным, потому что в школе девушка никогда не была лидером. Она довольно долго сомневалась, но в конце концов согласилась, и, еще не закончив учебу, приступила к работе. Было довольно тяжело, но она справилась с ситуацией и окончила училище с красным дипломом.

Работать было интересно. Она общалась со многими интересными людьми. Ездил на различные семинары и конференции. Помимо работы в училище она начала выполнять поручения райкома и обкома профсоюза. Зимой этого же года ее подруга познакомила девушку с молодым человеком, которого звали Михаил. Молодые люди подружились, общение сопровождалось поездками к его друзьям.

Весной их встречи сократились, так как Наталья активно стала готовиться к сдаче экзаменов. Имея красный диплом, она сдала ведущий экзамен на «четыре», и ей в срочном порядке пришлось готовиться к остальным экзаменам. Сил не хватило, и она «завалила» последний экзамен. Когда она приехала домой, позвонил Миша и отчитал ее за то, что она мало занималась. Он добавил, что она его очень разочаровала. Отношения у них испортились, встречи стали редкими. Весной прошел слух, что Михаил женится. Она позвонила ему и спросила, правда ли это. Неопределенность их отношений очень ее беспокоила и не позволяла строить планы дальнейшей жизни. Он обещал встретиться с Натальей и объяснить, но вскоре отменил встречу. Она очень удивилась и ничего не поняла. Экзаменационный ажиотаж держал нервы на пределе: Наталья поступала в институт шестой раз.

Перед экзаменами в семью Натальи приехали родственники матери с друзьями. Каждодневные вечерние застолья очень раздражали девушку. Но, несмотря на ужасную обстановку, она сдала первый экзамен по биологии на «отлично» и поступила в университет.

После экзамена она зашла к подруге, чтобы похвастаться результатом и позвонить Мише, чтобы он разделил с ней радость. Она

позвонила ему, а его мать сообщила, что он женился и больше здесь не живет. Девушка испытала настоящий шок.

Из воспоминаний Натальи: «Было так обидно, что это трудно описать словами. Когда я пришла домой, то все рассказала маме и долго плакала, не понимая, почему он не смог со мной объясниться. Этот вопрос так и останется без ответа».

Именно в этот момент и появился образ рыбы, которую выбросили на берег — спустя десять лет после этого события на психотерапевтическом сеансе она так же изобразила свою обиду.

На следующий день она пошла в институт и была определена на работу в приемную комиссию. В сентябре приступили к занятиям. Ей было очень интересно учиться на факультете биологии. Вокруг нее образовался кружок любителей искусства. За студенческие годы они посмотрели уникальные постановки, побывали на концертах, посещали вечера поэзии и различные выставки. Но личная жизнь не складывалась. Все ее подруги вышли замуж, у многих уже появились дети. Родственники были крайне обеспокоены, что Наталья до сих пор не замужем. Ее пытались знакомить с мужчинами, но ее это очень раздражало. Несмотря на яркую студенческую жизнь, проживать в своей семье становилось все тягостней. Наталье не хотелось приходить домой. Отец стал спиваться. Мать с бабушкой или не разговаривали, или ругались. Наталья сильно переживала все эти события. Мать настояла на том, чтобы бабушку забрала ее дочь — тетя Наталья. Бабушка не хотела от них уезжать, но выбора не было. Девушка опять испытывала чувство вины, но сделать ничего не могла.

Она замкнулась в себе. Дома появлялась редко, между посещениями музеев, театров и библиотек. На третьем курсе ее факультету предложили рекомендовать десять человек из числа лучших студентов для поездки в Грецию. Она была в числе тех, кому повезло.

1
сеадотуберку-
рз — кишечная
чфекция

На следующий день после отъезда бабушки она заболела. Атмосфера последнего времени настолько снизила ее иммунитет, что она единственная на курсе заболела псевдотуберкулезом и проходила лечение в течение месяца в инфекционной больнице. Их курс находился в это время на практике в пионерском лагере. Она присоединилась к ним, опоздав на неделю. Практика прошла успешно, но в общепите она опять заразилась псевдотуберкулезом и была госпитализирована еще на месяц. Теперь под угрозой оказалась поездка в Грецию. Ее выписали за два дня до отъезда. Она успела собраться и договориться в деканате о переносе сессии.

Из воспоминаний Натальи: «Я уезжала из серого города с множеством проблем в южный рай, навстречу моему счастью. В Греции я познакомилась с моим будущим мужем».

Первое время после свадьбы супруги жили у ее родителей, а когда родился сын, они переехали к родителям мужа. Отношения со

свекровью в начале семейной жизни складывались нелегко. Через два года у них родилась дочь, ее назвали в честь матери мужа — это был ей подарок к 80-летию. Она искренне радовалась такому щедрому дару. Наталья кормила дочь грудью до года. Последний месяц кормления она почувствовала себя очень плохо. Анализы показали резкое снижение гемоглобина. Врачи рекомендовали прекратить кормление и активно питаться железосодержащими продуктами. Содержание гемоглобина в крови повысилось, но иммунитет был снижен, и, Наталья заболела бронхитом, он постепенно перешел в приступы бронхиальной астмы.

В течение многих лет Наталья лечилась в основном медикаментозно. Ее консультировали несколько раз психотерапевты с медицинским образованием, но контакт с ними оставил разочарование, и она никогда не задумывалась о психологическом компоненте своего заболевания. Поводом к осознанию, что ее астма носит психосоматический характер, послужило ее случайное участие в психодраматической группе. Во время наблюдения за работой протагониста, который, завершив свои отношения с девушкой, смог ей сказать: «Я разлюбил тебя, давай расстанемся», Наталья почувствовала затруднение дыхания и воспользовалась ингалятором, про который в предыдущие дни занятий она не вспоминала. Во время обсуждения («шеринга») поделилась своим воспоминанием о незавершенных отношениях с Михаилом, чувстве вины и обиде. На групповых занятиях отказалась работать над своими проблемами, поэтому ей было рекомендовано пройти индивидуальную психотерапию.

В случае Натальи симптом, впервые возникший в раннем детстве, возобновился на фоне стрессовых событий. Его психологическая подоплека не была исследована пульмонологами, и, как часто бывает, лечение могло бы закончиться назначением гормональных препаратов.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ СИМПТОМ КАК РЕЗУЛЬТАТ ПЕРЕЖИВАНИЙ ПОТЕРИ ОБЪЕКТА

Потеря объекта — процесс действительной, или угрожающей, или воображаемой потери объекта

Переживание потери объекта чрезвычайно часто встречается в начале психосоматического заболевания. Типичные примеры переживаний потери объекта — потеря близких (например, временная или длительная потеря контакта с родными) и деятельности (например, профессии). Психосоматические больные не в состоянии адекватно переработать переживания потери объекта. В силу своей лабильной самооценки они воспринимают ее как нарциссическую травму. Потеря остается непреодоленной, в дальнейшем могут наступать депрессии, в которых больным владеют чувства *^giving up* и *«given up»* (Энгель и Шмале).

Энгель и Шмале, признавая генетическую предрасположенность заболевания, в то же время видели символический выбор места возникновения нарушения. Например, экзема и другие кожные заболевания могут быть символически связаны с нарушениями контакта с другими людьми, прежде всего с матерью на первом году жизни. Психосоматические заболевания — это, в значительной степени, нарушения в иммунной системе. Особенно велика роль аутоиммунных механизмов при астме, колите, болезни Крона, раке. Энгель и Шмале связывают ослабление иммунной защиты с психологическим отказом от будущего, потерей веры и оптимизма. Так, у многих психосоматических больных можно наблюдать характерный комплекс *^giving up* («прекращаемый, бросаемый») и *«given up»* («прекращенный, брошенный»). У пациентов возникает чувство потери, разрыва связи между прошлым и будущим, в результате чего они больше не могут позволить себе с доверием и надеждой смотреть в будущее. Жизнь кажется мрачной и больше не привлекает. При этом особое значение Энгель и Шма-

ле придавали жизненной ситуации в момент возникновения заболевания. Они описали типичные аффективные состояния, характерные для комплекса *^giving up* и *«given up»: отчаяние, депрессию, безнадежность, горе и печаль, чувство невозможной потери, беспомощность*. Именно реальная или символическая потеря объекта либо угроза такой потери могли привести к «прекращению, отказу» от веры в будущее (*^giving up* и *«given up»*), что, в свою очередь, ведет к снижению иммунитета.

В связи с этим психосоматических пациентов просят как можно подробнее, день за днем описать год, предшествовавший заболеванию. (Иногда пациент делает это письменно в форме автобиографии, в других случаях это выясняется во время психотерапевтических сеансов). Как правило, выясняется, что в этот промежуток времени находится событие (потеря, горе, страх и т. д.), которое могло вызвать отказ от веры в будущее. Дальнейшая психотерапия направлена на проработку этого события.

УЧЕБНЫЙ ПРИМЕР № 11

Алексей Т., 38 лет

Случай предоставлен психотерапевтом Борисовым

При поступлении в стационар жаловался на стойкое снижение настроения, подавленность, чувство грусти, исчезновение прежних интересов, тревогу в вечернее время, при наступлении сумерек, быструю психическую истощаемость, общую слабость, затруднения при засыпании.

Анамнез жизни. Родился в г. Ленинграде, первым ребенком из двух детей, в полной семье. Отец работал инженером на заводе, мать — учительницей литературы в средней школе. Беременность и роды у матери протекали без осложнений. Развивался соответственно возрасту. В возрасте 5 лет переболел ветряной оспой. С детства увлекался чтением книг на историческую тему. Рос общительным, любознательным, активным, любил подвижные игры со сверстниками, в которых обычно избирался лидером. Отец был по характеру резким, директивным и иногда излишне строгим, и, хотя наказания за детские шалости ограничивались словесным внушением, Алексей его побаивался. До шестилетнего возраста был в очень близких отношениях с матерью, которая отличалась мягкостью и становилась «убежищем» от гнева отца. Посещал ясли и детский сад. В школу пошел с 7 лет. Когда Алексею было 14 лет, умер от ин-

сульты отец. Мать больше замуж не выходила и с другими мужчинами, как вспоминает Алексей, не встречалась. После окончания средней школы два года служил в армии, в пограничных войсках. Затем около полутора лет работал на заводе разнорабочим и готовился к поступлению в вуз. В 20 лет Алексей с первого раза поступил в Ленинградский университет на исторический факультет. Примерно в том же возрасте впервые установил близкие отношения с девушкой (младше себя на один год), на которой женился в 23 года. На настоящий момент продолжает жить с женой, имеет от брака двоих детей — дочь пятнадцати лет и сына десяти лет. Отношения с супругой характеризует как в целом удовлетворительные. Жена — преподаватель русского языка и литературы, «широко образованный, очень интересный человек». После окончания университета работал учителем истории. Живет с женой, детьми и своей матерью в отдельной трехкомнатной квартире. Впервые попробовал алкоголь в 16 лет, с тех пор выпивал не чаще одного раза в неделю, в основном пиво. Курит с 17 лет до 20—25 сигарет в день.

Анамнез болезни. Наследственность психическими заболеваниями неотягощена. Ранее к психиатрам, психотерапевтам и психологам не обращался. Первый психологический кризис произошел в 6 лет и был связан с рождением сестры. Почувствовал, как мать, поглощенная заботой о втором ребенке, отдалилась от него. Тогда впервые ощутил чувство одиночества, несколько месяцев страдал от «невнимания» матери и испытывал приступы грусти, часто плакал, иногда ненавидел сестру и желал ее смерти. Затем, после того как понял, что мать любит его, успокоился и даже ощутил нежность к сестренке, стал заботиться о ней. Следующей психотравмирующей ситуацией стала внезапная смерть отца — очень тяжело переживал ее, испытывал острое чувство потери, вины. Тогда впервые серьезно задумался о значении смерти и усомнился в смысле жизни, поскольку она заканчивается «так бессмысленно — ничем». Период депрессии, апатии и снижения интересов продолжался около полугода, резко снизилась успеваемость в школе, хотя учеба всегда давалась легко, учился почти отлично. Во время этого спада настроения исчезало желание общаться, был замкнут, в основном «думал о жизни и молчал». Помогли выйти из кризиса любимые книги. Увлёкся произведениями русских классиков, особенно Толстого и Достоевского. Большую эмоциональную поддержку оказывала сестра. Тогда же у Алексея появилась мечта стать учителем — «чтобы было с кем поделиться своими мыслями, передать то, что я понял, знаю». Пробовал поверить в Бога, но «истинной вере мешало то, что, как казалось, было нужно соблюдать обряды, а в церкви мне было скучно». Во время службы в армии, работы, учебы в вузе и первых лет брака («женился по очень большой и взаимной любви») чувствовал себя совершенно здоровым. С удовольствием занимался преподавательской деятельностью, любил разговаривать в семейном кругу «о самых разных вещах». За 15 месяцев до поступления Алексея в

клинику трагически погибла сестра (попала под автомобиль), которую Алексей продолжал нежно любить и к которой он особенно привязался после смерти отца. Первые два-три месяца после ее смерти очень переживал, видел сестру во сне, не мог работать и три недели находился на больничном листе у невропатолога по поводу болей в позвоночнике. Считая, что мать нуждается в его поддержке, предложил ей переехать к нему. На какой-то период горе отступило, и Алексей даже стал чувствовать себя как прежде. За четыре недели до госпитализации из-за «какого-то бытового пустяка, кажется, из-за денег, которых всегда не хватает», поссорился с женой. Вновь стойко снизилось настроение, появились апатия, тревога, утомляемость, ухудшился сон. Пробовал снимать это состояние приемом крепких спиртных напитков, но они только ухудшали настроение. Обратился к психотерапевту в психоневрологический диспансер по месту жительства и был направлен в больницу. Диагноз при поступлении: «дистимия» (F34.1).

В целом считает себя здоровым человеком: «Только вот с душой какие-то нелады... Что-то произошло с тонусом. У меня столько дел, а желания делать их нет, и даже жить иногда не хочется». Суицидальных мыслей не высказывает, при прямом вопросе о них испуганно мотает головой: «Нет, нет... Что вы, доктор... У меня такая ответственность. Нет, не хочу».

Лечащим врачом-психиатром при поступлении были назначены: амитриптилин (75 мг/сут), финлепсин (400 мг/сут), феназепам (1 мг перед сном).

Во время первой встречи психотерапевта с пациентом была объяснена суть предлагаемых методов помощи и принято решение о начале психотерапии. Психотерапевт предлагает пациенту сформулировать свою цель в терапии. Алексей отвечает, что хотел бы «вылечиться от депрессии». На вопрос, в чем для него смысл слова «депрессия», пациент *высказывает* те жалобы, которые предъявлял при поступлении в стационар.

Фрагменты психотерапевтических сессий.

Психотерапевт. Я попробую помочь вам. Но скажите — во время ваших прошлых кризисов что помогло вам? *(используется элемент методики жизненного пути — обращение к прошлому пациента и попытка связать его с настоящим).*

А. Близкие мне люди. Мать, сестра... *(тут эмоциональное состояние пациента меняется — голос дрогнул, он закинул ногу на ногу, сложил руки на груди. Какое-то время молчит. Затем)* Я сам себе и помогал.

П. Я тоже думаю, что прежде всего вы сами помогли себе. И довольно успешно. Давайте еще раз вспомним — как?

А. Я просто переживал все это... А что мне было делать?! Смерть отца... *(голос Алексея дрожит, лицо искажается, он явно сдерживает слезы. Психотерапевт выдерживает паузу. На глазах пациента появляются слезы).*

П. Отца и сестры... *(психотерапевт более открыто переходит к конфронтации с универсалиями потери и смерти).*

А. *(в еще более закрытой позе, весь как бы сжимаясь, раздраженно)* Зачем ворошить все это?! Я просто хочу успокоиться! Мне кажется, вы должны помочь мне именно в этом! Вы даже представить не можете, сколько у меня в этой жизни дел, обязанностей... Я нужен своей семье, но спокойный, уверенный. У меня дети, дочь — почти на выданье. Я всем нужен здоровым!

П. Что вы чувствуете сейчас?

А. Раздражение... Неудобно говорить вам об этом — вы ведь врач... Я зол на вас.

П. Я вижу, что вы раздражены, и, мне кажется, понимаю вас, Алексей. То, что вы сейчас переживаете — естественно... Давайте вместе подумаем — что в моем поведении могло вызвать у вас эти чувства?

А. Мы все когда-нибудь умрем... Человек продолжится в своих детях — и это правильно, гармонично... Представьте, если бы...

П. *(прерывая пациента)* Как вы думаете, что вы сейчас делаете?

А. *(удивленно)*. Я?.. Отвечаю вам... *(пауза)* Кажется, я пытаюсь не плакать. Наверное, я пытаюсь защититься...

П. От кого?

А. Скорее, от чего... От чего-то внутри меня — я не хочу это чувствовать. Не хочу, чтобы это снова вернулось.

- П. Что может вернуться к вам сейчас?
- А. Боль.
- П. А чья она?
- А. *(недоуменно)* Как это — чья?.. Ах вот вы о чем... Конечно, моя... Вернее, это мое прошлое... Я хочу проститься с ним раз и навсегда.
- П. Зачем?
- А. Мужчины не плачут.
- П. Кто вам сказал об этом?
- А. Но ведь это общеизвестно... И еще — так говорил отец, когда я в детстве начинал ныть. Его я никогда не видел плачущим. А вот мать позволяла... Да и сама при мне плакала *(начинает плакать, уже не стыдясь психотерапевта)*.
- П. *(после паузы)* Вы сейчас как раз помогаете себе, Алексей. А вы можете не только плакать, но и говорить о своих чувствах?
- А. Я сейчас, мне кажется, ничего не чувствую. Только боль в душе...
- П. Давайте попробуем с вами понять, как она появилась... *(после недоуменного молчания пациента)* Она, эта боль, как-то может быть связана с вами, вашей жизнью, значимыми для вас людьми?
- А. Конечно... Да, со всем этим... Но я пока не понимаю — как...
- П. Попробуйте пойти ей навстречу и спросить ее об этом.
- А. Боль? Как это?.. А впрочем... Это никогда не приходило мне в голову. Я подумаю.
- А. Я не могу ее (боль в душе) себе представить. Точнее, пробую — появляются разные образы... Я никак не могу соотнести их со своими переживаниями.
- П. А кто представляется вам?
- А. *(смущенно, очень взволнованно)* Моя сестра...
- П. Что вы чувствуете сейчас, Алексей?
- А. Мне так стыдно... ведь она умерла. Нехорошо тревожить ее память.
- П. Чего бы вам хотелось?

А. Мне как-то тревожно... Но впрочем, ведь я люблю ее до сих пор... В моих чувствах к ней было много противоречивого. И еще — наверное, я все-таки боюсь смерти. Она всегда оставляет нас с чувством вины.

П. Попробуйте говорить от себя...

Далее пациент вербализует свои детские фантазии о смерти сестры. Происходит отреагирование (катарсис) его детского негодования на сестру и мать (говорит, что он в том возрасте еще не понимал роли отца в рождении дочери, считал, что только мать имеет к этому прямое отношение), вины, скорби, раздражения на сестру, а затем и отца...

П. В чем смысл Вашего раздражения?

А. У меня снова сейчас такое чувство, что сестра бросила меня... Как отец — мать, когда умер. Он тогда переложил на меня свою роль главы семьи. Мать словно ожидала моей поддержки. Правда — она была так растеряна... Что мне было делать? Мне было так жаль ее — даже сильнее, чем отца, хотя ведь это он умер... И мне пришлось выкарабкиваться первым. Послушайте, я сейчас вдруг впервые понял... Нет, об этом нельзя говорить.

П. Почему же нельзя?

А. Я чувствую себя таким виноватым перед отцом.

П. Вы говорите, что смерть отца имеет иное значение для вас сейчас, чем смерть Юлии?

А. Я вдруг понял, что не горевал об отце так долго, как мне потом казалось. **Как я переживаю гибель Юли — до сих пор.** Пытаюсь убежать от этого, давлу в себе горе — уже почти год, целую вечность. Я сопереживал матери и поэтому так страдал. Я страдал. **Я еще боялся, что она снова бросит меня, как после рождения Юли.** Да, да — я снова оказался оставленным ею. В этом — смысл. Как и сейчас. *(Алексей осознал, что боится потерять жену)* Я говорю сейчас не о том, что она может умереть. Хотя расставание — это как маленькая смерть, правда?

Я уже несколько месяцев живу со страхом, что она разочаруется во мне, что она уйдет от меня, оставит меня. Странно — нет никаких объективных оснований... Она всегда поддерживала меня. И после гибели Юли особенно. И сейчас. Я переживал нечто похожее, когда родился наш первый ребенок — тревогу оставленное™.

П. В чем значение ее ухода для вас, продолжающего жить?

А. Они оба — сначала отец, потом Юля — столкнули меня с *этим*. Смерть — это так страшно. Что пугает больше всего? Ее необратимость. Уже ничего нельзя изменить, поправить. Все выходит из под контроля, все мои возможности (*пациент незаметно начинает говорить о себе и неизбежности смерти для себя. Он явно испуган...*).

Катамнез

Через год после завершения психотерапии, во время личной встречи, заранее запланированной с пациентом на последней сессии, Алексей Т. выглядит вполне здоровым, энергичным, оптимистично смотрящим в будущее. Достаточно подробно вспоминает нюансы психотерапии, осознает психологические причины и механизмы, вызвавшие у него депрессию. В течение года после завершения психотерапии и выписки из стационара пациент ни разу не обращался за психиатрической и психотерапевтической помощью. Симптомы депрессии, полностью редуцированные к моменту выписки, более не возвращались. Общее самочувствие, тонус и активность пациента весь этот период были удовлетворительными, настроение и ночной сон достаточно ровными, стабильными, с незначительными ситуационно обусловленными колебаниями, проходившими в течение одного-двух дней. Все это время Алексей продолжает работать на прежнем месте. Работа приносит удовлетворение. Отношения в семье складываются в целом благополучно.

Ы Пациент общается с друзьями, не раз вместе с ними и
\$и своей семьей выезжал отдыхать на природу. Вернулся
к прежним увлечениям. Объективно — без признаков
депрессии.

1 СИХОСОМАТИЧЕСКИЙ СИМПТОМ | СЯК РЕЗУЛЬТАТ АЛЕКСИТИМИИ

I

P
г

*

«

Многие авторы отмечают весьма характерную общую особенность пациентов с психосоматической патологией: при заметной бедности фантазии и конкретно-предметном мышлении они проявляют определенную «душевную слепоту». Происходит как бы «отщепление», «блокировка» чувств; необходимая для функционирования психологических механизмов защиты способность к символообразованию ограничена.

Мышление как бы становится *механистичным*: больные говорят только о конкретных и актуальных предметах, например о своей машине или о погоде. Выявляется бедность сновидений, мечтаний, обеднение межличностных взаимодействий, связанное с сухостью вербального общения.

Сифнеос ввел понятие «*алекситимия*» — неспособность (*a-*) воспринимать и называть словом (*lexis*) чувства (*thymos*). Это своеобразная «душевная слепота». Больные не способны рефлексировать свое эмоциональное состояние и проявлять эмпатию по отношению к другим людям, которых они, в лучшем случае, представляют такими же, как они сами.

Алекситимия появляется в семейной среде, где нет места выражению чувств, вызванных реальной жизнью. Эта позиция может затем закрепиться при многолетней установке на ригидное следование общественным нормам.

В качестве иллюстрации механизма возникновения алекситимии приводим автобиографию пациентки Оксаны Л., выполненную ею в качестве домашнего задания в период прохождения психотерапии.

УЧЕБНЫЙ ПРИМЕР № 12

Оксана Л., 25 лет

Жалобы: головные боли. Поверхностный гастрит. Плохой аппетит. Запоры

АВТОБИОГРАФИЯ

Семья

По линии матери

Бабушка с дедушкой умерли рано от сердечной недостаточности. Дедушка был директором завода. Бабушка умерла раньше, и дедушка женился второй раз. Мать не признавала мачеху и очень обижалась на папу, что та носит мамины вещи. Через год после смерти бабушки умер дедушка. Маме было тогда 17 лет.

По линии отца

Бабушке и дедушке уже за 80 лет. Живут в Новгородской области, в деревне городского типа. Поженились не столько по большой любви, а сколько от одиночества. Поначалу дедушка очень сильно пил, а когда он выпивал, то становился буйным. Оба были участниками Великой Отечественной войны. Первая дочь бабушки с дедушкой умерла в полтора года от простуды.

Папа средний сын из трех братьев. Уехал учиться в Ленинград и встретил мою маму.

Родители*

Мама младшая из трех сестер, выросла с няней, которую считала второй мамой. В детстве маме все позволяли и очень баловали. Потом мама уехала учиться в Ленинград и там встретила с моим папой. Поженились они, когда маме было 19 лет, а папе 26 лет.

Через 1,5 года родилась я. Родители хотели мальчика, а родилась девочка. Роды были тяжелые. Маме назначали очень много лекарств, после чего у нее произошло нарушение обмена веществ, и — в результате в течение нескольких лет ее вес превысил 100 кг. Я откусила маме сосок, и ей сделали операцию. Перешла на питание смесями.

Я. Я родилась в околоплодном пузыре, как говорят, «в рубашке» — счастливая. А счастье в том, что не захлебнулась. Сразу не закричала. Ходить начала в 9 месяцев, не ползая еще. До трех лет была очень спокойным ребенком.

Очень плохо ела. Все запихивала за щеки и не глотала. За что получала ложкой по лбу. Еще в детстве очень любила качать на

* В дневнике про отца ничего не было написано.

улице чужие коляски. Ходила к соседям нянчить их малышей. Очень хотела братика или сестричку.

В ясли меня отдали в полтора годика.

Ясли

Блиzkих друзей не было. Родители других детей жаловались, что я их обижаю, в том числе и мальчиков. Что дети боятся идти в ясли. Я их *шантажировала*: «Если не принесешь завтра жвачку, то получишь». Но никогда никого, как помню, я не трогала. Играя на площадке, один мальчик ударил меня по лицу ведром. Помню, что было много крови. Остался шрам вдоль всей брови. Но воспитатели даже сначала не заметили, а потом помню их какое-то равнодушие к этому факту.

Первое разочарование в воспитателях. Но были, наверное, и другие, хорошие...

В 20 лет я встретила свою воспитательницу по музыке. И она сразу узнала меня: «Вы Оксана?». Оказывается, я была для нее самым трудным, а потому и любимым ребенком.

Помню, с детства мне мама не разрешала плакать. Говорила, если будешь плакать, то получишь. Смеяться громко тоже не позволяли. Что мол, как лошадь, смеешься. В итоге скупа на эмоции. Плачу втихаря, а смех не проявляю в полной мере.

Детский сад

Не любила тихий час Дружила больше с мальчишками. Была с ними на равных: «Она наша — не трогайте ее». Плохо ела. Помню, заставили меня есть суп, а я не хотела, так воспитатели за шиворот его мне вылили. Я не любила никогда чай с молоком и знала, что меня может вырвать от него и предупредила об этом воспитателей. Они не поверили и все-таки заставили его выпить, и потом еще ругались на меня за то, что меня от него вырвало.

Второе разочарование в воспитателях. Вот еще один случай: один мальчик позвал меня в туалет и снял при мне другому мальчику штаны. Тот ничего не мог сделать. Мне очень это не понравилось, и я сказала, что все расскажу воспитательнице, так как сама не знала, что делать в таком случае. Весь день «виновник» ползал за мною на коленях и просил ничего не рассказывать. А я считала своим долгом рассказать это. Но когда пришла воспитательница и я начала рассказывать, что произошло, она, даже не дослушав до конца, сказала, чтобы сами разбирались. «Виновник» потом почувствовал себя прекрасно, а я как будто бы осталась в дураках. Чувство несправедливости осталось и по отношению ко мне, что не выслушали, и к тому мальчику, которому сняли штаны.

Третье разочарование в воспитателях. И еще много случаев, которые приводили к недоверию воспитателям. Еще маленькой я говорила себе: «Я никогда не буду такой, как ОНИ».

В этот же период, помню, попала под качели и получила легкое сотрясение мозга. Врачи также определили, что у меня сколиоз

второй степени, но причину не знаю. Может быть, когда-то упала, так как похоже на ушиб.

Перенесла почти все детские болезни.

Школа

Со стороны учителей. В школе у меня был весь дневник в красных замечаниях. Дружила только с мальчишками. Играла с ними в фантики, бегали друг за другом, прятали портфели... Учителя говорили — не девочка, а пацанка. Была грозой школы, так как все знали, что я занимаюсь каратэ и мой папа тренер. Но никого я не била и сама всех побаивалась. Любимая учительница — та, которая была в начальных классах. Я помню, на первом уроке она спросила: «Кто умеет писать по-письменному, а не печатными буквами?». И я сказала, что я. (До школы папа меня учил писать и читать, хотя по большей части насильно. И если плохо читала, то бил по затылку.) И меня вызвали к доске. Я очень боялась. И сердце теплом облилось, когда меня учительница похвалила. Хотя не все так прекрасно на доске было. Я была счастлива.

Пела я плохо, и учительница сказала, что чем так петь, лучше в конце ряда рот просто открывать. Обида до сих пор в душе.

Второй момент — когда учительница по русскому языку сказала нам, чтобы мы говорили все, что думаем, так как только так можно чему-то научиться, и что не надо бояться ошибок. А когда я что-то сказала неправильно, она заметила, что лучше бы я молчала, чем такую чушь говорить. С тех пор я, прежде чем сказать, или подумая сто раз, или вообще промолчу. А однажды, когда я что-то сказала, она мне по губам дала ладонью. До сих пор ее ненавижу.

Со стороны родителей. Родители постоянно контролировали, как я делаю уроки, не прощали опозданий и не позволяли, например, смотреть телевизор, пока не поглажу все белье, не уберу квартиру, не сделаю уроки. Помню, ходила в кружок фотографии, а потом мама решила, что полезнее будет, если я буду вязать. В итоге я сбегала с вязания в фотокружок. Одежду носила, какую мама хочет. Я всегда хотела одеваться в спортивном стиле, а мама — чтобы я была в юбке. В результате у меня занижена самооценка, трудно делать выбор, принимать самостоятельно решения. По поводу еды меня тоже особо не спрашивали. Считалось, что положено, должна съесть — и все до конца. В итоге бутерброды прятала под диваны, а пищу собирала за щеки и потом спускала в туалет или в раковину. Каждая трапеза заканчивалась слезами. Да я вообще не помню дня, чтобы я не плакала. Постоянные телесные наказания. Били ремнем, шнуром от пылесоса, руками по лицу. Однажды папа, когда пылесосил, за что-то ударил меня им по голове. Диагноз — сотрясение мозга.

Бывали случаи, и не редко, что меня выгоняли из дома. Но я не уходила, а только плакала на пороге и про себя мечтала, что когда будет куда, я уйду от них.

В восьмом классе ходила в детский дом помогать воспитателям. Дети очень меня любили, и я их. Мне нравилось туда ходить, но воспитатели меня предупреждали, так как я хотела работать с детьми в будущем, что им очень мало платят и что работать трудно.

На летних каникулах каждый год я отдыхала в пионерских лагерях и общалась с маленькими детьми из других отрядов. В своих отрядах была в лидерах.

Институт

Поступила не туда, куда хотела. Так как мама сказала, что нужно получать престижную профессию (экономист), а потом уже можешь куда хочешь поступать (хотела на учителя). На каникулах работала вожатой в пионерском лагере.

Молодых людей было очень много. Занималась общественной жизнью. На 4 курсе вышла замуж. Мы вместе ходили на тренировки по борьбе в течение 5 лет, и родители мне все говорили обратить на него внимание, вот и обратила. Он старше меня на 5 лет. Живем мы отдельно от родителей. Первое время, помню, не отходила от телевизора, компенсируя то, что не давали посмотреть родители. Не убирала квартиру, ела что хотела и когда хотела, шла куда хотела и т. д. Хотя я эмоционально так и не отделилась от родителей и все время думаю, а что скажет мама. Родители, в свою очередь, продолжают вмешиваться в нашу жизнь: «А ты все погладила, а что вы ели, а куда деньги тратите, как ты оделась, почему не позвонила, что ушла допоздна, мы же волнуемся?!.»

После института

Поступила в университет на психолога.

Через два года после свадьбы у нас родилась девочка. Мне было 23 года. Вес как был 40 кг, так и остался без изменений. Беременность прошла хорошо.

Аппетита не было, особенно в первые месяцы беременности. Но в конце потянуло на мучные продукты. Роды были срочные, спровоцировали проколом околоплодного пузыря, так как перенашивала. Прогнозировали делать кесарево сечение, но родила сама. Девочка весом 3 кг, рост 48 см. К груди приложила через день. Перед выпиской я заболела. Температура 38 °С, насморк, кашель. У дочки тоже отсутствовало носовое дыхание: нам вводили антибиотики. Выписались только через две недели. До девяти месяцев кормила грудью. В прошлом месяце защитила диплом.

За психотерапевтической помощью обратилась в связи с тем, что возникли проблемы в работе с клиентами после окончания института.



Развитие алекситимии принято связывать с гиперопекающей позицией матери, не допускающей

проявления раздражения у ребенка. В этой связи Винникотт говорил о понятии «достаточно хорошей матери», которая находится в первые недели после рождения ребенка в весьма специфическом состоянии, называемом первичным чувством материнства. Благодаря этому состоянию мать достигает полной адаптации к нуждам ребенка за счет проективной идентификации с ним. Мать и ребенок находятся в это время в состоянии симбиотического единства, что обеспечивает нормальную жизнедеятельность детского организма. Мать как бы предугадывает и удовлетворяет все потребности ребенка, как это было во время внутриутробного развития. Затем происходит постепенное разделение, дифференциация первичного симбиотического состояния. Мать уже не предугадывает состояние ребенка, а ориентируется на подаваемые им сигналы (крики, движения, выражения недовольства), которые постепенно приобретают символический характер.

В то же время «слишком» хорошо ухаживающая мать препятствует процессу дифференциации младенца от матери. Она как бы не дает ребенку «оторваться» от себя, оставаясь в состоянии слияния с ним. Это особенно характерно для матерей, имеющих собственные неразрешенные проблемы (например, шизоидного, ипохондрического, депрессивного характера) и использующих в этих целях симбиотическое единство с ребенком. Например, мать злоупотребляет своей способностью успокаивать, и ребенок может спать только на руках укачивающей его матери. В результате он не развивает способности к выражению своего состояния при помощи знака и символа. Единственным доступным для него языком выражения эмоционального состояния остается язык тела. Создается предрасположенность к психосоматике.

:ИХОСОМАТИЧЕСКИЙ СИМПТОМ \К РЕЗУЛЬТАТ РОЛЕВОГО КОНФЛИКТА. ОРИЯ МОРЕНО

Морено считал, что особенности нашего реагирования на людей *«формируются»* прошлыми переживаниями и культурными паттернами общества, в котором личность живет; им могут соответствовать особые виды продуктивного поведения. Каждая роль — это слияние частных и коллективных элементов». Он считал, что понятие роли — мост между психиатрией и социологией.

Для Морено роли, которые мы принимаем в жизни (и которые определяют наше поведение), принадлежат к трем измерениям: социальные роли (социальное измерение); психосоматические роли (физиологическое измерение); психодраматические роли (психологическое измерение или измерение «я сам»).

Морено признавал существование переноса, но рассматривал его как феномен, который «играет определенную, но ограниченную роль в интерперсональных связях». Рассматривая индивида как часть своего «социального атома», Морено склонялся к мнению, что бессознательные связи между людьми возникают благодаря «теле», а не переносу. «Теле» — это процесс, который притягивает личности друг к другу или отталкивает их, тот поток чувств, из которых составлены социальный атом и психосоциальные сети. Он считал, что «теле» — это интерперсональный процесс, с помощью которого мы все устанавливаем друг с другом связь. Он отвечает за взаимность между людьми, за интерперсональную групповую сплоченность. Вчувствование в реальность другого человека, физическую, психическую или иную, отчасти основанное на информации, и является отношениями «теле». Отношения «теле» можно рассматривать как всеобщий интерперсональный

процесс, особым психопатологическим продуктом которого и является перенос.

Поведение и чувства, связанные с переносом, представляют собой аспекты ролей, заученных и интернализированных в детстве, ролей, выражение которых часто не допускается социальными условностями взрослой жизни, но которые проявляются в определенных, часто эмоционально насыщенных ситуациях (при интимных или напряженных отношениях, во время психотерапии). Этот вид реакции называют регрессией, но Морено считал, что регрессивное поведение не есть истинная регрессия, а лишь форма проигрывания роли, когда взрослый человек принимает на себя роль, более подходящую для детского возраста. Например, человек проявляет некоторые ребяческие качества во взаимодействии с руководителем на работе, при этом он никогда не будет для последнего реальным ребенком. Это может вызвать конфликты и напряжение в их взаимоотношениях. Морено считал, что полная регрессия может произойти лишь во взаимодействии с настоящими родителями.

Между разными личными или бессознательными составляющими ролей, которые мы выбираем, тоже может происходить процесс ассоциации. В психике как бы скапливаются объектные отношения. В результате образуются кластеры. В младенческом возрасте кластеры образуются посредством объединения отношений с похожими воздействиями (позитивными или негативными). На более поздних этапах кластеры включают в себя более сложные символические связи (например, каждый мужчина старше пациента по возрасту ассоциируются с фигурой отца, т. е. принадлежит к отцовскому кластеру). Переживания ребенка, интернализированные как объектные отношения и связанные с внешней властью и общественной моралью, создают кластер, названный Фрейдом Супер-Эго, который существует во взаимоотношения* с другими кластерами и с внешним миром (косвенно).

Различные аспекты внутреннего мира ребенка постепенно интегрируются в целое. При этом между несовместимыми объектными отношениями начинают возникать конфликты. Например, во внутреннем мире часто возникает противостояние двух Я-представлений по отношению к родителям: «Я люблю свою мать» и «Я ненавижу свою мать за то, что она прогнала отца». Любая попытка интеграции этих двух образов в единый кластер создает напряжение, и незрелая психика ребенка не способна справиться со столь сильным напряжением и возникшей при этом тревогой. Чтобы эти конфликты не беспокоили, сознание вытесняет одно из объектных отношений. Эти процессы вытеснения создают царство бессознательного, которое постепенно наполняется вытесненными объектными отношениями.

По мере развития кластера Супер Эго оно становится силой, ведущей к дальнейшему вытеснению внутренних объектных отношений (многие наши фантазии, импульсы и желания находятся под контролем). Поначалу это происходит в присутствии родителей, а потом внешние фигуры — носители авторитета — становятся частью нашего внутреннего мира, нашим Супер-Эго, которое начинает контролировать нас и в отсутствие родителей. Этот контроль включает в себя и механизмы социального научения и познания. Вытесненные мысли и чувства, не одобряемые Супер-Эго, хоронятся глубоко в психике, становясь нашим бессознательным. Тревога появляется в тот момент, как они возвращаются из бессознательного. Они могут вернуться через сны, обмолвки или опiski, а также через образцы поведения. Проявление бессознательного, желаний, импульсов и фантазий, которые были в детстве вытеснены, вновь проявляются в паттернах поведения через проигрывание ролей, которые могут переживаться как противоречащие нашим идеалам и концепциям (эго-дистонные переживания).

Психические и психосоматические расстройства, вызываемые нарушениями ролевого развития и выра-

Акциональный голод — врожденная потребность человека в самореализации, развитии, спонтанности

жаются также в нарушениях ролевого развития и поведения. В то же время ролевое развитие и ролевое поведение тесно связаны с акциональным голодом и психосоциальным развитием человека.

С точки зрения Морено болезнь возникает в результате нарушений наследственности, внешних патогенных влияний или нарушений межчеловеческой, т. е. социоэмоциональной среды, наносящих ущерб спонтанности, социоэмоциональному и ролевому развитию. Если продолжить эту мысль, то здоровье будет представлять собой направленное, струящееся бытие или профессию, болезнь же — застой или регрессию. Прогрессия зависит от той диспозиции, которую автор называл смелостью. Смелость — это качество, позволяющее креативно, осознавая требования и опасности, идти по пути гармонического развития. Дезинтегрирующая регрессия является следствием страха, противоположности смелости. Страх не только вызывает стагнацию и регрессию, но и почти всегда втягивает человека в порочный круг. Смелость — причина действия, полемики с реальностью, обилия переживаний, готовности нести ответственность и тем самым большей степени свободы.

Трансцендентный — выходящий за пределы Я, космическое видение проблем

Человеческое развитие — это постоянная прогрессия от соматических ролей, имеющих уже к концу эмбриональной стадии — растущего, дрыгающего ногами ребенка, — к трансцендентным ролям. В ходе нормального развития на каждой стадии добавляются новые роли, тогда как отдельные уже существующие роли теряют свое значение или же исчезают вовсе.

Некоторые соматические роли, такие, как роль дышащего, принимающего пищу и т. д., с рождения и до самой смерти являются базальными жизненными ролями.

Как следствие нарушений ролевого развития, психопатологические синдромы проявляются тремя принципиально различными способами:

- в перескакивании на другие ролевые уровни, минуя промежуточные;

- при неизменно поступательном направлении развития;
- в застое развития;
- в регрессии, т. е. в частичном или полном отходе с уже достигнутых ролевых уровней.

Психодраматическая диагностика в процессе игры должна дать ответы на следующие вопросы.

1. На какой ролевой уровень — соматический, психический, социальный — приходится главный акцент организации жизни пациента?
2. Разворачивается ли его жизнь на ролевых уровнях, соответствующих его возрасту, положению, образованию и т. д.?
3. Является ли ролевое поведение человека гибким или же оно пребывает в состоянии застоя, в прогрессии оно или регрессии?
4. В каких ролях действует обычно пациент: в восходящих, достигших своей кульминации, доминирующих или извращенных (т. е., согласно Морено, в ролях, которые являются или стали для человека невыгодными, возможно, даже вредными), в нисходящих или уже затухающих?
5. Имеются ли ролевые конфликты?

Ролевые конфликты являются одними из основных причин психических расстройств и недугов. Поэтому они занимают в теории и практике психодрамы центральное место. Ролевой конфликт может переживаться в форме инtrarолевого конфликта в рамках одной роли, существовать в виде интерролевого конфликта между различными ролями, зафиксироваться в виде интраперсонального конфликта, возникшего внутри одного человека, или разыгрываться в виде интерперсонального ролевого конфликта между разными людьми.

6. Каковы наиболее важные предпосылки и условия или, наоборот, препятствия для актуализации ролевого агрегата данного человека, а также для его

интеракции с миром? Наследственность, внутренняя безопасность, внешние условия, т. е. экономические, общественные и прочие объективные данные, межчеловеческие отношения с присущим им социометрическим гнетом, факторы здоровья? В этой связи социометрической диагностике придается особое значение.



Лучшей книгой по психодраме, переведенной на русский язык, где изложены все теоретические рассуждения Морено с клиническими иллюстрациями, является труд Лейтца «Психодрама: теория и практика» (1994).

Примером интраперсонального ролевого конфликта, приведшего к возникновению коморбидной симптоматики в виде мизофобии и цефалгии (головные боли), причины которого заключались в ситуации из прошлого пациентки, свидетельствует следующее наблюдение.

УЧЕБНЫЙ ПРИМЕР № 13

Екатерина, 30 лет

Пациентка обратилась за консультацией в связи с тревогой по поводу своего «ненормального» отношения к чистоте и частых головных болей.

Из анамнеза известно, что мать Екатерины работала научным сотрудником. После смерти первого мужа вышла замуж за мужчину с очень требовательным и жестким характером. Кате на тот момент было 4 года.

Отец — ученый, занимался ядерной физикой, умер в возрасте 40 лет от лейкемии. Кате в этот момент был 1 год 8 месяцев.

Отчим — дружил до смерти отца с семьей Кати, имея собственную семью и двух детей в другом городе. После смерти друга сделал предложение вдове и, оставив семью, переехал жить в Ленинград. Отчим любил приглашать в дом «нужных» людей, с которыми любезничал, но, когда они уходили, отзывался о них, как правило, негативно. Был очень строгим, часто наказывал детей. Мать не перечила, считая, что в воспитании следует придерживаться одной линии. Требовал, чтобы в доме всегда был во всем порядок. Если кто-то из детей нарушал правила семьи, то лишался общения.

Брат — старше Кати на девять лет. Не любил оставаться с Катей, прятал от нее вкусную пищу и съедал, закрывшись в комнате. Отчим относился к нему хорошо, хотя, если он забывал сказать «доброе утро», «приятного аппетита» и т. д., и его лишали завтра-

ка. С сестрой общего языка не находил, иногда они дрались. Окончил школу и институт с отличием.

Екатерина родилась в Ленинграде. Смерть отца не помнит. События детства вспоминает с трудом. Психотравмирующие воспоминания связаны с отчимом, который наказывал ее за все. В школу пошла без желания, никогда не любила учиться, в старших классах училась на «2» и «3», даже когда знала предмет, говорила, что не выучила. Не признавала авторитетов среди людей. Отчим часто повторял, что когда Катя вырастет, то будет уборщицей.

После восьмого класса оставила школу. В 16 лет была влюблена в парня, за которого впоследствии вышла замуж. В это время между Катей и отчимом происходили конфликты, которые доходили до того, что он велел матери выбирать между ним и Катей. Мать выбрала дочь, и он подал на развод, но занял комнату в четырехкомнатной квартире, вставив туда замок. Жизнь стала невыносимой для всех.

Катя вышла замуж. Муж был призван в армию; вернувшись после службы, так же, как и жена, нигде не работал и не учился, супруги находились полностью на содержании матери. У Кати родился сын, и через год она развелась с мужем. Хуже всего для нее было то, что муж не мог оценить все те старания, которые она проявляла при наведении порядка в квартире. Ее мать, которой исполнилось 58 лет, вышла замуж за иностранца и уехала жить в другую страну. Через несколько лет она познакомила Катю с мужчиной-иностранцем, который обожает чистоту, домашний уют, и Катя вышла за него замуж. Сейчас она живет в той же стране, где ее мать, с сыном и мужем. Все было бы хорошо, но у нее панический страх и тревога оттого, что вдруг в доме есть пыль или грязь, и из-за этого возникают несколько напряженные отношения в семье. Проявляется неадекватное отношение к чистоте следующим образом: на уборку трехкомнатной квартиры уходит ежедневно четыре часа. В кухню никто не имеет права входить, кроме нее. Она готовит, сервирует стол, приглашает завтракать и после завтрака всех выгоняет из кухни и начинает уборку. Если вдруг кто-то захотел пить, то она берет вначале салфетку, а затем ею берет за ручку шкафа, чтобы оттуда достать стакан. Если на столе стоит ваза или подсвечники, она линейкой измеряет расстояние, чтобы они стояли по центру и симметрично. Если сдвинуть их хотя бы на несколько миллиметров, она приходит в негодование. По ее выражению, в доме нет пыли, отпечатков пальцев. Когда сын приходит из детского сада, он, прежде чем войти в квартиру, идет в подсобное помещение, и там Катя его переодевает до трусов, чтобы он не принес на одежде никакой пыли. После ужина он не может пойти в свою комнату, так как там идеальная чистота, и два часа до сна он вынужден сидеть в зале, так как Катя боится, что у себя он все перевернет или намусорит. Когда она ходит в гости, она берет с собой носки, чтобы переодеть, и никогда не прислоняется к спинке стула.

В ходе интервью было выяснено, что она до сих пор не простила отца за то, что он постоянно унижал ее человеческое достоинство. Хвалил он ее только за то, что она старательно убирала квартиру. Самым плохим человеком она считает отца, называя его злым, а самым хорошим — своего настоящего мужа, за то, что он «видит в ней человека». Страх, что в квартире вдруг не убрано, связан с тем, что она будет «плохой девочкой», и поэтому живет постоянно в тревоге, которая, постепенно нарастая, привлекла к бессоннице. Она каждый раз перед сном подсчитывает, сколько нужно убрать шкафов, помещений и т. д. Внутри переживает сильный конфликт, что таким отношением она портит жизнь мужу и сыну, в то же время считает, что если она будет плохо убирать квартиру, то муж ее разлюбит, так как больше любить не за что. Также призналась, что ненавидит уборку и поэтому никому не позволяет трогать шкафы, так как на следующий день объем работы может возрасти.



В ходе индивидуальной терапии Катя осознала, что она длительно застряла на роли «хорошей девочки». Были проработаны обиды на отца, определены пути ее дальнейшей самореализации (акциональный голод у женщины, ведущей домашнее хозяйство — частая причина эмоциональных и поведенческих расстройств).

Через месяц она сообщила, что устроилась на курсы косметолога (выбор профессии также не случаен: сублимация через деятельность «делать другим чище кожу»), а отношения в семье стали теплее и доверительнее. Симптоматика значительно уменьшилась.

Объектные отношения из бессознательного посещают человека во взрослой жизни и могут вызвать у него душевные расстройства или спровоцировать проблемы в общении. В условиях безопасных, например во время психотерапии, эти «забытые» объектные отношения или роли могут вновь войти в сознание и в активный ролевой репертуар. Так как все человеческие взаимоотношения содержат смесь реалистических и трансферентных реакций, порой очень сложно узнать пропорции смешивания реальности и переноса. В этом может помочь сила «теле», которая может многое рассказать об окружающих людях и вычленил свои собственные внутренние объектные отношения.

Трансферентные реакции - синоним психоаналитического термина «перенос»

Психодрама тоже может разделить разные типы реакций переноса по различным вспомогательным ролям, что может обеспечить необходимую степень ясности. Эти вспомогательные Я представляют близкие пациенту роли и фигуры прошедшего и настоящего.

Важно понять и то, что управляет повторяющимися паттернами поведения. Они настолько прочно укоренились в нашем внутреннем мире, что мы носим их с собой везде. Мы можем поменять работу, партнеров, даже страну проживания, но так и не будем способны на разумные способы взаимодействия. «Это» продолжает появляться с новой силой, часто против нашего сознательного желания, создавая болезненные ситуации.



Книга Холмса «Внутренний мир снаружи» — увлекательное путешествие в мир аналитической психодрамы. Автору удалось доступным языком изложить возможности интеграции психодрамы и теории объектных отношений. Им выбран удачный методический прием: на конкретном примере, который находится в поле внимания на протяжении всего чтения, показать рассуждения директора психодрамы о достоинствах и трудностях применяемого им метода.

Задача психотерапевта — распутать клубок наших собственных ролей во внутреннем мире, создававшемся тогда, когда эти роли формировали кластеры различных объектных отношений.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ СИМПТОМ КАК НАРУШЕНИЕ СТРУКТУРЫ Я. КОНЦЕПЦИЯ АММОНА

Динамическая психиатрия Аммона представляет собой самостоятельное направление в развитии современной медицины. Она с момента возникновения тесно связана с психоанализом, но в отличие от послед-

него максимально интегрирует различные аспекты понимания сущности человека.

Как и в любом психоаналитическом направлении, важнейшую роль в динамической психиатрии имеет понятие бессознательного. Однако представления о границах бессознательного, механизмах его функционирования, соотношении с осознаваемым в рамках данного направления вполне самостоятельны и имеют свою специфику, представленную в соответствующих теоретических концепциях и основополагающих понятиях динамической психиатрии, таких, как гуманструктуральная модель личности, многомерность, социальная энергия, социально-энергетическое поле, идентичность, групповая динамика, психотерапевтическая среда, архаические заболевания Я, спектральный характер психических нарушений, наверстающее развитие Я.

Аммон понимает личность как сложное многоуровневое структурное образование, выделяя первичные органические структуры, которые охватывают нейрофизиологические и биологические функции человека; центральные бессознательные функции, такие, как агрессии, страх, сексуальность, креативность, нарциссизм и т. д.; вторичные сознательные функции, которые определяют содержание способностей и навыков человека.

Основополагающим понятием личности для Аммона является Я-идентичность, именно она представляет собой ядерное психологическое образование, обеспечивающее целостность личности. Процесс развития человека, возникновение психических расстройств и их преодоление понимаются динамической психиатрией как процесс преобразования Я-идентичности.

Вторичные Я-функции (переживания, способности и навыки) представляют собой поведенческую реализацию центральных Я-функций, опосредованную телесными (биологическими, соматическими, физиологическими и нейрофизиологическими) особенностями индивида. В отличие от центральных фун-

кций, они осознаются и определяют конкретное содержание психической активности и своеобразие жизненного стиля человека.

Как и другие интерперсональные теории личности (Мясищев, Салливан и др.), гуманструктуральная модель личности Аммона не может быть понята вне процесса взаимодействия индивида и окружающей среды, при этом в качестве важнейшего средового фактора выступают межличностные отношения. Интегрированная совокупность межличностных отношений фактически представляет собой ту психодинамическую почву, на которой вырастает личность в процессе социализации.

Особое значение здесь имеет «динамический, энергетический» аспект; межличностные отношения, по сути, понимаются динамической психиатрией не как «пересекающиеся интеракции», а как «групповое динамическое поле». Для понимания внутренней динамики обменных процессов, осуществляющихся между индивидом и первичной группой, в которой формируется человек, Аммон вводит понятие «социальная энергия».

Социальная энергия, по Аммону, представляет собой эквивалент ортодоксального психоаналитического «либидо». Однако, в отличие от последнего, по своей природе она отражает не результат биологического функционирования организма, а процесс межличностного взаимодействия.

Следует подчеркнуть, что в понятии социальной энергии не содержится чего-либо «мистического»; в основе его лежит хорошо известный, описанный еще Левиным, феномен силового взаимодействия психических полей, подчиняющегося групповым динамическим закономерностям.

По своему характеру обменные энергетические процессы между группой и индивидом могут быть как позитивными, способствующими развитию Я-идентичности, так и негативными, препятствующими формированию «здоровой» личности.

Важнейшим структурным образованием, обеспечивающим характер такого взаимодействия, являются, по Аммону, центральные Я-функции, эти интрапсихические образования понимаются в динамической психиатрии как своего рода «органы», призванные обеспечивать индивидуальную психологическую адаптацию. Как и всякий другой орган, эти функции могут работать «нормально», обеспечивать оптимальную адаптацию к среде, иными словами, иметь конструктивный характер. С другой стороны, они могут иметь отклонения в функционировании, т. е. действовать деструктивно, деформировать личностную структуру. И, наконец, могут препятствовать становлению личности, снижать интенсивность динамических межличностных взаимодействий и тем самым порождать функциональный интрапсихический дефицит.

В связи с этим динамическая психиатрия выделяет три качества социальной энергии и соответствующие им три составляющие функциональной организации Я: конструктивность, деструктивность, дефицитарность. Как мы уже упоминали, автор выделяет несколько Я-функций: агрессия, страх, внутреннее и внешнее Я-ограничения, нарциссизм и сексуальность. Остановимся на одной из них — границах Я — в силу важности ее анализа для последующей психотерапии.

Уже со времен Фрейда, выделившего Я в самостоятельную подструктуру, Я-границы понимались не как абстрактная демаркация или пассивный механический барьер (фильтр), а как динамическое единство многих психических процессов. В гуманструктурной модели личности Аммона используется разработанная Федерном концепция «подвижной границы Я». Федерн считал, что Я представляет собой своего рода «динамическое единство, окруженное гибкими границами». Эти границы являются «периферическим органом восприятия снаружи и изнутри» и загружены переменным количеством свойственной Я нарциссической энергии.

Характер интерперсональных отношений в семейном окружении ребенка может способствовать или, напротив, затруднять (вплоть до «запрещения») формирование и последовательное постоянное расширение границ Я, т. е. либо создавать условия, либо препятствовать формированию бесконфликтной, относительно свободной от прессинга внутренних потребностей и внешней реальной деятельности и центральных Я-функций и, в первую очередь, функции отграничения Я. Таким образом, становление Я-границ является центральным пунктом развития человеческой (гуманструктуральной) психической интеграции.

Конструктивное внешнее отграничение представляет собой удачную попытку выстраивания гибкой границы в общении с окружающими. Таким образом формируется способность вступать в контакты без угрозы «созависимости» и прерывать их без последующего чувства вины.

Под деструктивным внешним отграничением понимают расстройство «внешней» регуляции отношений личности с действительностью. Это выражается в создании барьера, препятствующего продуктивной коммуникации с предметным миром. Деформация функции отграничения формируется в преэдипальном периоде вследствие особенного характера симбиотических отношений и, в свою очередь, обуславливает нарушения развития и дифференциации Я, иначе говоря, становления Я-идентичности. Важнейшей предпосылкой формирования внешних границ Я является нормальное функционирование конструктивной агрессии, играющей решающую роль в исследовании внешнего мира и позволяющей тем самым развивающейся личности учиться отделять его от собственных переживаний. Деструктивная среда — иначе мать и/или первичная группа — принуждает «Я» ребенка развиваться не в собственных, а в строго заданных, предписанных ею жестких границах. В поведении деструктивное внешнее Я-отграничение выражается в стремлении избежать контактов, нежелании вступать

в «диалог» и вести конструктивную дискуссию, тенденции к сверхконтролю проявлений собственных переживаний и чувств, неспособности к совместному поиску компромиссов, реактивной неприязни к чужой эмоциональной экспрессии, неприятию проблем окружающих и нежеланию «подпускать» их к собственным проблемам, недостаточной ориентации в сложной действительности, ощущении эмоциональной пустоты и общим снижением предметной активности.

Дефицитарное внешнее отграничение в самом общем смысле понимается как недостаточность внешней границы Я. Как и при ранее описанном деструктивном внешнем отграничении, функциональная недостаточность внешней границы Я отражает нарушение процесса регуляции отношений личности с внешней реальностью. Однако здесь речь идет не о «жесткой» закрытости, а, напротив, о сверхпроницаемости этой границы. Корни дефицитарности внешнего отграничения, как и дефицитарных состояний других ранее рассмотренных функций, возникают в преедипальном периоде. Вместе с тем по сравнению с деструктивными состояниями они связаны с более «злокачественным» нарушением характера раннего симбиоза, вызывающим не столько деформацию процесса формирования функции, сколько полную остановку ее развития. Ребенок абсолютно не поддерживается в своих «поисках» собственной идентичности, ригидно воспринимаясь матерью как неизменная «часть» ее самой.

Из двух важнейших функций границы — обособления и связи в случае дефицитарного внешнего Я-отграничения в большей степени страдает главная, обеспечивающая возможность внутреннего формообразования.

В поведении неразвитость внешней границы проявляется склонностью к гиперкомпенсации во внешней среде, неспособностью устанавливать и контролировать межличностную дистанцию, чрезмерной за-

висимостью от требований, установок и норм окружающих, ориентацией на внешние критерии и оценки, отсутствием возможности в достаточной степени отражать, отслеживать и отстаивать собственные интересы, потребности, цели, неспособность четко отделять свои чувства и переживания от чувств и переживаний других, трудностью в отказах, сомнениями в правильности самостоятельно принимаемых решений и предпринимаемых действий.

Конструктивное внутреннее отграничение представляет собой коммуникативный барьер, отделяющий и связывающий сознающее Я и внутреннюю среду индивида с ее неосознаваемыми чувствами, инстинктивными побуждениями, образами интериоризированных объектов, отношений и эмоциональных состояний. Функциональное значение внутренней границы определяется необходимостью защиты развития Я от подавляющей неизбежности внутренних потребностей. Для интегрированной идентичности чрезвычайно важно, чтобы бессознательное, как бы оно ни понималось, будь то психически отраженный телесный процесс, архаический инстинктивный импульс или вытесненный интерперсональный конфликт, могло сообщать о себе, не нарушая актуального взаимодействия с реальностью.

Это предполагает способность иметь фантазии и мечты, отделять их от реальных событий и действий; хорошо дифференцировать объекты внешнего мира и собственные представления о них; возможность допускать в сознание чувства и проявлять их, разделяя реальные и нереальные аспекты эмоций и не позволяя им безраздельно определять личностную активность; точно различать разные состояния сознания, такие, как сон и бодрствование, дифференцировать различные телесные состояния (усталость, истощение, голод, боль и т. п.), соизмеряя их с актуальной ситуацией. Одними из важнейших проявлений конструктивности внутреннего Я-отграничения является также возможность разделения временных аспек-

тов переживания при сохранении непрерывности чувства Я, равно как и способность различать мысли и чувства, отношения и действия при удержании ощущения их целостной субъектной принадлежности.

Функциональная недостаточность внутренней границы проявляется в нарушении взаимодействия с неосознаваемыми процессами, которое в зависимости от показателей по другим шкалам внутреннего Я-отграничения отражает либо «жесткое» подавление бессознательного, либо отсутствие достаточного интрапсихического барьера.

Деструктивное внутреннее отграничение понимается как наличие ригидно фиксированного «барьера», отделяющего Я, иначе — центр осознаваемых переживаний, от остальных интрапсихических структур. Решающим моментом здесь, так же, как и при деструктивном внешнем Я-отграничении, является нарушение «проницаемости» границы. Граница в этом случае не столько отграничивает автономное Я, сколько ограничивает его, лишая естественной связи с бессознательным. В поведении деструктивное внутреннее Я-отграничение проявляется диссоциацией сознательного и бессознательного, прошлого, настоящего и будущего, актуально наличного и потенциально присутствующего, дисбалансом мыслей и чувств, эмоций и действий, жесткой ориентацией на сугубо рациональное постижение действительности, не допускающей интуитивных и чувственных решений, рассогласованностью телесной и душевной жизни, неспособностью к фантазиям, мечтам, определенным обеднением эмоциональных переживаний и впечатлений, вербализации чувственных образов; нечувствительностью к насущным потребностям организма (сон, жажда, голод, усталость и т. п.); жесткостью используемых механизмов защиты, отделяющих эмоциональные компоненты впечатлений и проецирующих их во внешний мир.

Деструктивное внутреннее отграничение, по сути, является интериоризацией ригидной защиты матери

и семьи от его (ребенка) естественных требований. Таким образом, граница как «орган» отображения внутренних нужд ребенка, основанный на либидоном отношении к нему и нарциссической поддержке, как залог обязательного принятия и будущего удовлетворения его потребностей трансформируется в свою противоположность.

Примером внутреннего Я-ограничения, возникшего в результате деформирующего влияния первичной семейной группы, затем неудачного брака, может служить следующее наблюдение.

УЧЕБНЫЙ ПРИМЕР № 14 Татьяна Х., 36 лет

Обратилась с жалобами на злоупотребление слабоалкогольными напитками в течение последних двух лет.

Дед по линии отца погиб на ВОв. Бабушка умерла от инсульта в 72 года. Три года назад, в возрасте 60 лет, умерла от рака сестра отца, являвшаяся одновременно крестной пациентки. Ее смерть Татьяной была перенесена тяжело, так как крестная была дорогим и любимым человеком. По линии матери бабушка умерла, когда матери было 10 лет. Дед от детей отказался (их было шестеро); впоследствии умер от алкоголизма.

Мать, 57 лет, росла и воспитывалась в интернате и, по существу, выросла без родительской любви и заботы. Об интернате у нее сохранились теплые воспоминания. Первый ее брак был кратким и трагичным.

Отец, 64 года. Властен, строг, раздражителен, деспотичен, трудолюбив и честен. Злоупотреблял алкоголем. Растил детей в страхе провинности и наказания. Шесть лет назад поставлен диагноз эпилепсия, оформлена инвалидность.

Сестра, 31 год. Как младший ребенок, росла, по словам Татьяны, в «более тепличных условиях по сравнению со старшей сестрой». В настоящее время в разводе, воспитывает сына 10 лет.

Татьяна родилась от второй беременности и первых родов. Была желанным ребенком для матери, а отец ждал сына. Беременность протекала спокойно, роды срочные. Грудное вскармливание до 5 месяцев.

Девочка росла и развивалась нормально, соответственно возрасту. Первые фрагментарные детские воспоминания фиксируют момент рождения (боль, удушье, страх смерти, отчаяние).

В процессе воспитания в соответствии с традициями того времени мать туго пеленала девочку, «препятствуя полноценному освое-

нию мира, сенсомоторному развитию, вызывая непреодолимую фрустрацию».

Строгость воспитания прослеживалась во всем: игрушки должны быть на месте; жир, плавающий в супе, нужно съесть; ложку нужно держать правой рукой. Вести себя нужно спокойно и тихо. Применялись и физические наказания. Стоять, рыдая, в углу, нужно было до тех пор, пока не попросишь прощения. «Хотя к этому моменту ребенку уже непонятна была его вина».

Попытки отдать девочку в детский сад не увенчались успехом. Татьяна очень страдала без матери, молча ждала ее прихода, боялась воспитателя. Пыткой считала музыкальное занятие, в котором дети прыгают, держась друг за друга. Из-за частых пневмоний девочка воспитывалась дома, родители работали посменно.

После рождения второй дочери львиная доля внимания матери была отдана ей. Вторым ребенком был возбудимым, нервным, плаксивым, плохо спал ночами, чем вызывал раздражение отца. Татьяна переживала это, жалея сестру.

Этот период совпал с началом учебы. Педагогический подход к воспитанию в школе был авторитарным. Дома мать проверяла уроки, заставляя переписывать домашние задания до идеального варианта. Обращаться за помощью к отцу было рискованно: объяснения заканчивались криками, обвинениями, оскорблениями.

Татьяна училась на «отлично». Получив первую «тройку» в тетради в пятом классе, долго стояла плача за входной дверью, боялась войти в дом. Солгать — не было даже мысли.

В старших классах стала воспринимать себя некрасивой, тяжело переживала наличие избыточного веса. В восьмом классе стала бегать по утрам, ограничивать себя в еде. Похудела до 58 кг при росте 172 см. Обрадовалась, что может чего-то добиться, бороться. С родителями возникали конфликты, но они только усиливали уверенность в себе.

(Ретроспективный диагноз мог бы быть «нервная анорексия»).

К проблемам питания присоединились периодические головные боли, заканчивавшиеся рвотой, сопровождавшиеся иногда потерей сознания. Прекратилась менструальная функция. Татьяна получала лечение у специалиста по ее восстановлению, но эффекта не было.

В 15 лет Татьяна поступила в 9 класс новой школы. Была в восторге от отношения некоторых преподавателей к ученикам. Считала, что учителя дают ей больше, чем родители. Отношения с одноклассниками сложились хорошие, дружественные.

Вливание в новый коллектив, прекращение утренних пробежек пришли к прибавке в весе, восстановлению менструальной функции.

Школу закончила с одной четверкой. Поступила в университет на филологический факультет, где параллельно имела возможность получить среднее медицинское образование.

После долгих раздумий поняла, что именно медицина ее и привлекает. Несмотря на бурное негодование отца, оставила институт и пошла работать санитаркой в реанимацию, чтобы проверить правильность выбора.

Работа была очень тяжелой, особенно психологически, но Татьяне нравилось. Там она получила признание и теплые чувства многих людей. Поступила в медицинское училище и закончила его с красным дипломом. Сразу нашла работу старшей сестры.

В возрасте 21 года ценой невероятных усилий был осуществлен разезд с родителями, которые не позволяли распоряжаться даже собственной зарплатой.

В этот же год Татьяна вышла замуж по любви. Ее дочерям 14 и 10 лет.

Отношения между супругами сложились очень тяжелые. «Его эгоизм, психопатические наклонности и крепкая симбиотическая связь с матерью не позволяли достичь взаимопонимания».

В 27 лет Татьяна пережила тяжелый период в связи с непонятым заболеванием, потребовавшим длительного стационарного лечения. Были проведены плазмаферез, гемосорбция, хирургические вмешательства. *Диагноз после выписки:* реактивный полиартрит, неспецифический миокардит, тиреоидит, узловой нетоксический зоб, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, хронический колит.

Не находя спасения в традиционном, «очень агрессивном» медицинском лечении, Татьяна пыталась искать альтернативные способы решения проблемы. Три года назад брак окончательно распался. Муж проживает со своей матерью, которая не видела внучек по многу лет. После развода возврата к поставленным диагнозам у Татьяны не наблюдалось.

Развод дал возможность продолжить образование на факультете психологии, однако в то же время он стал стартовым моментом для злоупотребления алкогольными напитками. По совету коллег обратилась за помощью к психотерапевту.



Прохождение курса психотерапии позволило пациентке рассмотреть психосоматические проблемы юности и алкогольные эксцессы в другом ракурсе. Татьяна осознала, что до начала психотерапии она все свое время отдавала другим людям, а для себя не оставалось ни времени, ни сил. С психотерапевтом установился рабочий альянс. В период психотерапии были подвергнуты анализу ее блоки («внутренние ограничения»), осуществлен поиск ресурсов. Вот ее дословные высказывания по окончании курса психоте-

рапии. «По существу, психотерапевт был единственным человеком, к которому я испытывала доверие за многие годы и возлагала реальную надежду на помощь специалиста. Конечно, ключи от решения проблемы находятся у самого человека. И, видимо, непросто освободиться от пеленочных пут или психологических уз, которые заставляли с детства держать ложку правой рукой, когда хотелось левой. И все же это возможно.

И даже негативный опыт может быть позитивным (несмотря на абсурдность), если он явился очередным этапом на пути развития человека и обретения науки помогать другим».

Катамнез через полгода. Пациентка сменила место работы, стала посещать заседания психологического общества, злоупотребление слабоалкогольными напитками прекратилось.

В этом случае необходимо отметить замену психосоматической симптоматики алкогольной зависимостью, что нередко встречается у наших пациентов.

Дефицитарное внутреннее Я-отграничение понимается как недостаточная сформированность внутренней границы Я. Эта граница возникает в процессе структурной дифференциации психического и знаменует собой возможность формирования подлинно автономного Я. В этой связи недостаточность внутренней границы представляет собой в определенном смысле базисное недоразвитие личностных структур, тормозящее формирование других интрапсихических образований.

Как и деструктивное внутреннее отграничение, дефицитарность внутренней границы отражает интерперсональную динамику преэдипального периода, однако здесь «патология» отношений более глубока, менее может быть осознана матерью и, по-видимому,

относится к самым ранним ступеням онтогенеза ребенка. В обоих случаях мать оказалась не в состоянии выполнять важнейшую функцию развивающегося симбиоза, связанную с постоянным «обучением» ребенка навыкам совладания с собственными потребностями. Поскольку в этом периоде внешний мир существует для ребенка лишь как меняющиеся внутренние ощущения, чрезвычайно важно научить его дифференцировать различные собственные состояния и отличать последние от внешних объектов.

Необходимо подчеркнуть, что физический уход и забота о растущем ребенке могут быть при этом безупречны, однако формальны, ориентированы на сугубо внешние нормы и не наполнены личностным участием воспитателя.

Фактически именно этот дефицит любви, нежности и собственно человеческой заботы препятствует формированию у ребенка собственных границ, выделению себя и становлению первичной Я-идентичности и в дальнейшем почти фатально предопределяет глубокий «нарциссический голод».



Подробнее о концепции Аммона можно прочитать в его книге «Психосоматическая терапия». Студенту будет интересно познакомиться с историями болезни, приведенными автором и сравнить их со случаями, описанными в данном учебнике.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ СИМПТОМ КАК РЕЗУЛЬТАТ ИНТРОЕКЦИИ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫХ БАЗИСНЫХ СХЕМ. КОГНИТИВНЫЕ ТЕОРИИ

Согласно одному из системных правил, люди, тесно общающиеся друг с другом, создают определенные правила, *законы*, схемы. Базисные схемы — глубинные мировоззренческие установки человека по отношению к самому себе и окружающему миру. Опыт отношений с родителями, их правила, лозунги, установки по механизму импринтинга (запечатления) интериоризируются и становятся чем-то вроде обыденной философии жизни, ложатся в основу жизненных сценариев, нарративов, искажая восприятие настоящего момента, препятствуя принятию решений.

Нарративные психотерапевты широко используют термин «дискурс».

Дискурс — исторически, социально и в недрах особой культуры возникшая специфическая структура убеждений, терминов, категорий и установок, которые влияют на отношения и (внутренние) тексты и звучат в историях пациентов.

Термин «дискурс» близок более ранним понятиям семейной психотерапии: семейный миф, семейные темы, система семейных убеждений, патологизирующее семейное наследование.

Некоторые дискурсы находятся на поверхности, другие становятся доступными после преодоления защитных механизмов. Индивид редко имеет один дискурс. Отношения в семье вбирают в себя множество дискурсов каждый день, хотя для членов семьи они порой невидимы. Дискурсы отца непременно связаны с другими дискурсами, например дискурсами патриархата, материнства, биологии и многих других.

Поведение пациента, с одной стороны, и его мысли, чувства, психологические процессы и их следствия, с другой, оказывают друг на друга влияние. Когнитивные теории гласят, что когнитивное не является первоисточником или причиной неадаптированного поведения. Мысли пациента в такой же степени влияют на его чувства, как чувства — на мысли. Мыслительные процессы и эмоции рассматриваются как две стороны одной медали. Мыслительные процессы — лишь звено, часто даже не основное, в цепи причин.

Синонимом дискурса в когнитивной психологии является «схема» — когнитивная репрезентация прошлого опыта, негласные правила, организующие и направляющие информацию, касающиеся личности самого человека. Схемы влияют на процессы оценки событий и процессы приспособления. В силу такой важности схем основной задачей психотерапевта является помощь пациентам в понимании того, как они истолковывают реальность.

Когнитивные — вербальные суждения или образы восприятия любой модальности — связаны с лежащими в их основе убеждениями, установками и представлениями.

Чтобы найти искажение когнитивного процесса у пациента, психологу важно осознать, что когнитивные обозначают множество видов внутренних процессов. Это не только неслышимый язык или образы, создающиеся в воображении, но и широкий спектр «поведения» (В), происходящего в промежутке между стимулом (активирующим процессом) и реакцией (эмоциональными и поведенческими последствиями). Чтобы дать пациентам хотя бы приблизительное представление о различных типах когнитивных, которые заключены в «В», им предлагается во время сессии обсудить следующий список:

Внутренний разговор с собой	Требования к себе
Самоэффективность	Жизненные ориентиры
Восприятие	Мысленные ассоциации

Избирательное внимание	Когнитивное обусловливание
Избирательное невнимание	Я-концепция
Атрибуции	Образы
Ярлыки (слова и фразы)	Избирательная память
Объяснения	Гештальт-паттерны
Стиль объяснения	Темы и рассказы
Категории	Предрассудки, воображение, оценки
Когнитивные карты	Умозаключения и выводы
Самоинструирование	Связи между паттернами
Предположения	Мозговая организация
Внутренние сценарии	Когнитивные схемы
Прототипы	Гештальты
Идеализированные когнитивные модели	
Персонализированные мифы	Ведущий образ действий
Обработка информации	

Любая из этих схем может присутствовать у психосоматических пациентов, ее проработка служит предметом психотерапии!

Терапевт может помочь пациентам понять этот длинный список терминов, пояснив, что все эти умственные процессы происходят в разное время. Как в домино, каждый из них запускает последующий, пока они все вместе не образуют силу, достаточную для того, чтобы вызвать определенную эмоцию или действие.

Другими словами, оценка специфических требований ситуации предшествует адаптивной (или дезадаптивной) стратегии и вызывает ее. Оценка ситуации, по крайней мере, частично зависит от релевантных основных убеждений. Эти убеждения входят в более или менее устойчивые структуры, называемые «схемами», которые отбирают и синтезируют поступающие данные. Психологическая последователь-

ность далее идет от оценки к эмоциональному и мотивационному возбуждению и, наконец, к выбору и реализации соответствующей стратегии. Эти схемы, от которых зависят когнитивные, эмоциональные и мотивационные процессы, рассматриваются как фундаментальные элементы личности. Такие признаки, как зависимость или автономия, которые в мотивационных структурах личности трактуются как основные побуждения, могут рассматриваться как функция конгломерата основных схем. В поведенческих или функциональных терминах эти признаки могут быть названы «основными стратегиями». Эти специфические функции могут наблюдаться в преувеличенном виде в некоторых из поведенческих паттернов, приписываемых, например, зависимым или шизоидным личностям. Выраженная активация дисфункциональных схем образует ядро так называемых расстройств оси I, таких, как депрессия, более частные дисфункциональные схемы замещают ориентированные на реальность адаптивные схемы в таких функциях, как обработка информации, припоминание и предсказание. При депрессии, например, доминирующим становится стиль поведения, основой которого является самоотрицание; при тревожных расстройствах отмечается гиперактивный индивидуальный стиль реагирования на опасность; при панических расстройствах мобилизован стиль поведения, соответствующий неизбежной катастрофе. При расстройствах личности схемы — это часть нормальной, каждодневной обработки информации.

Схемы имеют дополнительные, структурные качества: широта (узкие, дискретные или широкие), гибкость или жесткость (возможность их изменения) и интенсивность (их место в когнитивной организации). Они также могут быть описаны в терминах их валентности — степени, в которой они активированы в данный момент.

Типичные дисфункциональные убеждения и дезадаптивные стратегии, выраженные в расстройствах

личности, делают людей восприимчивыми к жизненному опыту, который повышает их когнитивную уязвимость. Так, зависимое расстройство личности характеризуется чувствительностью к утрате любви и помощи; нарциссическое расстройство — чувствительностью к ущемлению чувства собственного достоинства. Когнитивная уязвимость основана на экстремальных, ригидных и императивных убеждениях.

Выделяют два уровня негативно-ориентированных когнитивных элементов: автоматические мысли, образы, отражающие процесс переработки текущей информации; когнитивные конструкты или базисные схемы, используемые для классификации, интерпретации, оценки.

Сверхвалентные, аффективно-заряженные схемы, лежащие в основе систематических ошибок мышления, называют «когнитивными искажениями». Назовем наиболее распространенные из них: произвольные умозаключения, сверхобобщение, селективная выборка, преувеличение или преуменьшение, персонализация, максимализм, дихотомическое мышление. Бек и Эллис, исследуя фантазии, сновидения и спонтанные высказывания своих пациентов, обнаружили в качестве содержания базовых схем три основные темы: фиксация на реальной или мнимой утрате — смерти близких, крушении любви, потери самоуважения; негативное отношение к себе, к окружающему миру, будущему; тирания долженствования, т. е. предъявление к себе жестких бескомпромиссных требований типа «я всегда должен быть хорошим».

Оценки себя и инструкции самому себе, по-видимому, происходят из более глубоких структур, а именно из Я-концепции или схем самого себя. Фактически преувеличенные негативные (или позитивные) Я-концепции могут являться факторами, которые перемещают человека из группы «типов личности» в группу расстройств личности.

Самоотчет и оценка себя — это важные методы, с помощью которых люди могут определять, «правиль-

ным ли курсом они идут». В то время как самоотчет может представлять просто наблюдение за собой, оценка себя подразумевает высказывание оценочных суждений о себе в понятиях «хороший-плохой», «привлекательный-непривлекательный». Негативные оценки явно обнаруживаются при депрессии, но более тонко могут появляться при большинстве психосоматических расстройств.

При сборе анамнеза, следя за повествованием о значимых событиях (нарративом), важно найти индивидуальную когнитивную схему, связанную с патогенезом психосоматического расстройства. Проиллюстрируем данное положение следующим примером.

ТИПИЧНЫЙ ПРИМЕР № 15

Виктория, 25 лет

Мать Виктории забеременела в 17 лет. Беременность была не запланирована, но желанна. Отцу было 22 года. Родители сразу же поженились. Молодая пара стала жить с родителями отца. Матери пришлось переехать из пригорода в город. Беременность сопровождалась сильным токсикозом. Виктория родилась в срок. Роды протекали без осложнений» но были очень длительные — схватки длились 58 часов. Грудное вскармливание до 3 месяцев. В 4 месяца у Вики диагностирован бронхит. Девочка росла очень беспокойной. Все по очереди дежурили около ребенка по ночам. Когда девочке исполнился год, у нее была обнаружена паховая и пупковая грыжа. Собирались сделать операцию, но грыжа самостоятельно исчезла. До 2 лет Виктория сидела дома с матерью. В 2 года пошла в ясли. Садик девочке очень не нравился. Стала часто болеть: простудные заболевания, свинка, отит и т. д. В дошкольном учреждении у Вики было мало друзей. Мальчики играли в основном с красивыми девочками, у которых были косички. А Вики мама всегда коротко стригла, хотя та и не хотела. Даже в магазине ее один раз назвали мальчиком. Девочка всегда мечтала о юбке, а мама одевала ее в брюки или платья. Первую юбку Виктория сшила сама себе в третьем классе.

В 13 лет стала бояться входить и выходить одна из подъезда. Страхи были связаны с рассказами сверстниц, с передачами по телевизору про изнасилования и т. п. Мать и отец с 14 лет разрешали дочери пользоваться косметикой, никогда не говорили о запрете алкоголя и никотина, всех друзей и подруг Вики очень тепло встречали дома. Дома часто проходили и проходят веселые праздники с множеством друзей и родственников.

В 11 классе девушка впервые влюбилась. Из-за напряженных взаимоотношений в течение восьми лет (они часто расставались,

затем опять помирились), Виктория периодически находилась в депрессивном состоянии. Девушка не видела вокруг других мужчин, которым она нравилась. У девушки было твердое убеждение: «Если буду женственной и попрошу у Максима поддержки, он рассердится на меня и окончательно бросит» (предсказание). Следовательно, она подавляла желание спросить, любит ли он ее. В этот период часто было плохое самочувствие: болел затылок, наблюдалось измененное состояние сознания: не видела, что происходит вокруг, при расставании с молодым человеком возникала давящая боль в груди. Неоднократно обращалась к терапевту, но кроме медикаментозной терапии ей ничего не назначалось.



На первом интервью психотерапевт попросил Вику нарисовать свою генограмму. Ее анализ показал, что в трех поколениях у пациентки были крепкие семейные связи. Поэтому у девушки в раннем возрасте запечатлелось семейное послание «замуж выходят только раз и навсегда», которое до встречи с психотерапевтом Виктория не осознавала. Результат: в 25 лет не может определиться с замужеством, хотя встречается сразу с двумя мужчинами, которые хотели бы вступить с ней в брачные отношения. Также выяснилось, что боль в грудной клетке метафорически выражает нежелание девушки брать ответственность за определенный выбор («Мужчина должен первый настоять на предложении»). В процессе воспитания во внешне благополучной семье пациентка интериоризировала несколько жестких «когнитивных схем», способствующих развитию психосоматического расстройства. Проработка проблем пациентки в процессе психотерапии привела к устранению симптоматики.

В сжатом виде когнитивная терапия (КТ) определяется как краткосрочный вид психотерапевтического воздействия для обнаружения и последующего исправления между привычными мыслительными ошибками и психопатологией. Для этого направления характерна активность, структурированность, симптомоориентированность. Считается, что терапевтические изменения в патологических состояниях пациента происходят вследствие того, что его мышле-

ние и поведение становится более реалистичным, гибко приспособляющимся к актуальным ситуациям и адаптивным.

Когнитивные искажения у членов семьи являются ключами в работе со схемой.

Цель психотерапии — помочь пациенту выявить различные дисфункциональные правила, по которым он живет. Можно выделить несколько направлений работы. Первое из них — это *замена схемы*. Ее можно сравнить с заменой старого колеса велосипеда на новое. Данное направление — сложная задача для пациентов, так как требует много времени, и лишь немногие из них мотивированы на длительную работу. Другая возможность — *модификация схемы*. Она включает небольшие изменения в поведенческом репертуаре. Если вновь сравнить это со сломанным велосипедом, то существует возможность оставить старое колесо, но заменить подшипники, затем ось и т. д. В этом случае необходим достаточный контакт с микросоциальным окружением, поддерживающим дисфункциональную схему. И, наконец, третье направление — *реинтерпретация схемы*. Она включает помощь пациенту в понимании и новом взгляде на свои установки. Психотерапевт совместно с пациентом ищет новые пути взаимодействия с окружающим миром.

«Семейная тема» — еще один синоним дискурса или схемы. Под словом «тема» подразумевается специфическая, несущая эмоциональную нагрузку проблема, вокруг которой формируется периодически повторяющийся конфликт. Поведенческий цикл в каждой семье управляется системой убеждений, установок, ожиданий, предубеждений, взглядов, привнесенных в центральное ядро семьи каждым из родителей из той семьи, где они воспитывались. Психотерапевту рекомендуется собрать информацию о семьях, где воспитывался каждый из родителей, поскольку именно здесь берут начало убеждения, восприятия и жизненные позиции.

Страдает бронхиальной астмой в течение многих лет

Приведем описание материю подростка фрагмента истории семьи. «...С Геней (мужем) в это время мы стали общаться почаще. Бабушка приезжала и по несколько дней у нас жила, отпуская нас куда-нибудь вместе. Но скоро я стала обращать внимание на Генины выпивки. Я даже пыталась отмечать в календаре дни, когда он абсолютно трезв. В месяц их набиралось три-четыре. Но главное, что меня мучило, — это его состояние в алкогольном опьянении. Он рассказывал о каких-то обидах на родителей, особенно на мать, причем тема могла быть одна и та же на протяжении долгого времени. Я сначала внимательно слушала, пыталась утешить, потом увидела, что не помогает, только усугубляет. Я вызывала его на разговор об этом, когда он был трезв, но тут наткнулась на стену. Я не могла понять, как можно тратить деньги так, как тратит он, а он опять объяснял это детскими «заморочками». Часто его истерики продолжались всю ночь. Не зная, что предпринять, я позвонила его родителям и попросила помощи. Муж с ними в то время крайне редко общался, и они не были в курсе происходящего. В ответ я услышала насмешки. Я была в отчаянии. Скандалы прекратились, я размышляла, что делать, к кому обратиться. В это время на тренировке умер Генин приятель, коллега по работе. У Гены случился жуткий запой. Мы много говорили об этом.

Спустя буквально три недели пошел Жорик, ему был почти годик, и в этот день мы были у Гениных родителей, через пять дней умер его папа. Внезапная смерть. Она потрясла всех, мне казалось, что я в ловушке. Гена очень сильно переживал и очень сильно пил. Через два месяца умер его дядя, брат отца, и снова — похороны. Я помню, что сижу на кухне, смотрю на Жорика — он играет в манеже — и мне так хотелось кричать и плакать, мне казалось, что я дошла до безумия, меня обуял такой жуткий страх, я чувствовала себя такой слабой и одинокой, и вот он — маленький человечек, беззащитный, за его жизнь я в ответе, и никто не в силах мне помочь. Я стала вскакивать по ночам, слушать, дышит ли он; когда он чем-нибудь давился, у меня темнело в глазах от страха.

...В этот период меня стало волновать, что Жорик до сих пор не говорит, приучить его к горшку казалось невозможным, соска изо рта не выпускалась. Вроде бы все понимает, активно «разговаривает» жестами, но — ни одного слова. И я пригласила невропатолога по рекомендации подруги. Со слов врача я поняла, что «угробила» ребенка. Главной причиной моего беспокойства был ночной плач ребенка, иногда до трех раз. И понять было невозможно, от боли или от страха он так кричит. Я начала его лечить. Через

два курса интуиция подсказала, что хватит, и я стала искать доктора, который сказал бы мне, что мой ребенок здоров. В поликлинике на меня накричали, но в одном Центре планирования семьи невропатолог успокоил меня, сказав, что в развитии Жорик не отстает. Я успокоилась.

...В это же время начинается полоса смертей. Умирают две Генины тетушки, заболевает моя мама. Ярываюсь между ребенком и больницей. Моя бабушка берется мне помогать, сидит с Жорой. В мае у Жоры случается первый приступ астмы».

В поиске тем необходимо прокладывать свой путь через индивидуума, семью, межпоколенные альянсы, внешнее социальное окружение. Возникает дешифровка центральной темы, идет трансформация иррациональных убеждений, заключенных в них.



Комментарий. Как видно из повествования, регресс и появление симптоматики у ребенка тесно связаны с темой «смерти» в семье. Работа с этой темой в рамках семейной психотерапии и индивидуально с подростком привели к постепенному отказу от использования лекарств и к устойчивой ремиссии в течение года.

Приемы, основанные на когнитивной теории, стали широко использоваться в диагностике и терапии. Остановимся на некоторых из них.

Прием «шкалирования» позволяет сделать замеры проблемы: больше или меньше, сколько процентов, градусов, на каком месте по тяжести и т. д. При ответе на подобные вопросы у пациента иногда спонтанно возникает снижение тревоги. Для тех пациентов, которые воспринимают вещи как «все — или ничего», этот прием также весьма эффективен. Шкалирование чувств позволяет увеличить у пациентов дистанцию или расширить перспективу. Пациенты измеряют чувства или установки, используя десяти- или стобалльную систему измерения. Пациентам предлагается оценить любое стрессовое событие в жизни по этой же системе. Техника шкалирования дает возможность определить установки в их жизненном контексте. Так как пациенты нередко находятся на крайних позициях, любое движение к средней точке имеет лечебный эффект. В когнитивной психотерапии эта техника на-

шла применение в комплексной работе с дисфункциональными мыслями, иррациональными установками (табл. 4). Проработка когнитивной цепочки, таким образом, снижает степень выраженности отрицательных эмоций и дает возможность поиска альтернатив. Запись дисфункциональных мыслей может осуществляться как с психотерапевтом на занятии, так и в виде домашнего задания. С помощью приемов шкалирования оценивается также эффективность разных методов социально-психологического тренинга (например, «на какое место по уверенности вы себя поставите?») с проведением замеров в начале и в конце цикла занятий.

УЧЕБНЫЙ ПРИМЕР № 17

Игорь Б., 17 лет

В табл. 4 приведены результаты ежедневной записи дисфункциональных мыслей Игоря Б., проходившего курс психотерапевтического лечения по поводу заикания. Заикание возникло на фоне личностного расстройства ананкастного типа. Предшествующее симптомоцентрированное лечение (гипноз, аутотренинг, биообратная связь) не принесли улучшения.

Таблица 3. Ежедневная запись дисфункциональных мыслей

Дата	Описание	Эмоции	Автоматические мысли	Рациональный ответ	Исход
	1. Актуальное событие, приводящее к отрицательным эмоциям. 2. Поток мыслей, фантазий	1. Печаль, гнев, тревога, и др. 2. Степень проявления эмоции в баллах (1-100)	1. Запись автоматическую мысль, предшествующую эмоции. 2. Убежденность в автоматической мысли (0-100)	1. Записать рациональный ответ на автоматическую мысль. 2. Шкалирование ответа (0-100)	1. Пересчитать убежденность в автоматической мысли (0-100). 2. Определить и подсчитать последующую эмоцию (0-100)
£06.2000	Ссора в соседней комнате, мать с сыном про'воо ругаются, что мешает мне заснуть	Гнев, бешенство, тревога (60-70 баллов)	В очередной раз начинается эта идиотская ситуация, и опять мне не заснуть, пойти туга обругать всех, чтобы они все там заткнулись 80-90 баллов	Не стоит идти, потому что в результате разговора ничего не изменится, а если изменится, то в худшую сторону (90 баллов)	Досада, печаль, раздраженность (80 баллов)

	Описание	Эмоции	Автоматические мысли	Рациональный ответ	Исход
	Сплю в общежитии. Вдруг - резкий стук в дверь, я просыпаюсь; что-то случилось плохое, вот опять разбудили	Тревога, раздраженность (70 баллов)	Не открывать дверь, может, не будут стучать (80 баллов)	Надо пойти открыть, вдруг действительно что-то серьезное случилось (90 баллов)	Раздраженность, гнев (50 баллов)
12000	Мне передали, что я должен позвонить вблхайшевреш в колледж и узнать, прошел ли я по конкурсу, опять обязательно буду заниматься, обо мне плохо подумают	От сильная тревога, страх (99 баллов)	Если я буду заниматься, обо мне сложится плохое впечатление (99 баллов)	Если потренироваться в воображаемом разговоре, то занятия не будет (10 баллов)	Тревога (90 баллов)

Самонаблюдение предоставляет психотерапевту возможность исследовать основную линию проблемного поведения. Пациента просят написать, что произошло перед возникновением, например, скандала. Такая запись позволяет оценить, что запускает агрессивное поведение. Кроме того, само по себе самонаблюдение нередко уменьшает проблемное поведение. Самонаблюдение позволяет также пациенту научиться распознавать собственные мысли (когниции), чувства и действия в проблемных ситуациях. Например, подросток, который часто агрессивен по отношению к своим близким, может научиться распознавать, что заставляет его злиться и поддерживать один и тот же стереотип поведения, о чем он в этот момент думает, осознать мотивы своего поведения. Постепенно вместо физической агрессии он может начать использовать более безопасный вербальный ее компонент (не бить сестру, а кричать на нее). В дальнейшем с помощью психотерапевта у пациента появляется перспектива научиться более адаптивным способам поведения. Самооценочный аспект тренинга способствует развитию понимания пациентом своих поступков, поиску альтернативных способов решения проблемы (например, действовать уверенно, а не агрессивно), осознанию того, что другие могли чувствовать по поводу его поведения, постановке новых целей.



Самонаблюдение может использоваться и с диагностической целью при первичном интервью. Так, *собственное описание жалоб* Игоря Б. (см. учебный пример № 17) позволило в дальнейшем их структу-

рировать, сопоставить с личностными особенностями и дать правильный диагноз:

- частые «вспышки» активности (например, «колледж» или участие в лотерее провоцируют запуск неконтролируемого поведения);
- состояние «нервной», «раздраженной» кожи в области вен на лице (не всегда), на кистях рук, коленях;
- при активном разговоре «раздражение» сильно увеличивается;
- при сидении на лекциях «нервность» увеличивается, возникает желание встать и сделать что-нибудь;
- утром состояние вялое, но когда делаю зарядку, чувствую увеличение «нервности», и желание ее делать заканчивается;
- сильное чувство неуверенности в себе, чувство необъяснимого страха, постоянной напряженности, раздражительности и «раздерганности»;
- почти всегда «сухой рот» и хочется пить;
- после ходьбы особо неприятные чувства: «наливаются кровью руки и ноги», особенно неприятные ощущения — с обратной стороны коленей и в глазах;
- после сна — ощущение усталости, тяжести, сразу же «вспоминаешь о нервности», и она появляется;
- иногда «чувство» раздраженной кожи — почти по всему телу;
- очень часто ладони бывают мокрыми;
- при разговоре бывает непроизвольное заикание, т. е. по непонятной для меня причине;
- и основное: очень трудно разговаривать с чиновниками лично и по телефону (сильное заикание).

Исследование угрожающих последствий («декатрофизация»). Этот прием, также называемый «что,

если», включает помощь пациентам в оценке преувеличения ими природы катастрофической ситуации и расширении ограниченного мышления. Используются вопросы и воображение. Задаются вопросы типа: «Что самое страшное может произойти?», «А если произойдет, что будет ужасно?». Если пациентом опыт (и сама жизнь) воспринимается как серия катастроф и проблем, психотерапевту следует подвести его к иному восприятию реальности. Пациент должен увидеть последствия жизненных событий не через призму «все или ничего», а более оптимистично. Важно, чтобы этот прием использовался с деликатностью и вниманием, чтобы пациент не чувствовал себя высмеянным психотерапевтом. Одновременно его стимулируют к поиску альтернатив.

Исследование выбора (альтернатив) мыслей и действий. Многие пациенты считают, что у них нет выбора. Пожалуй, самым ярким примером является отсутствие выбора у суицидальных пациентов. Они видят свои перспективы и альтернативы столь ограниченно, что среди их выборов смерть может быть самым легким и простым выходом.

Эрриен выделяет три функции выбора: а) создание нового, б) сохранение желаемого, в) освобождение от существующего. Поскольку «внутреннее» и «внешнее» всегда взаимосвязаны, то все функции выбора будут влиять друг на друга. Именно серия выборов приводит человека туда, где он находится на своем жизненном пути. Важно обобщать тенденции в совершении «жизненного выбора» (например, какой выбор человек обычно делает в своих чувствах, мыслях, поступках?), не уходить от того, что кажется препятствием (люди притворяются, когда говорят, что у них «нет выбора»), развивать способности принимать новые переживания, соотносить выбор с возможностью страдания или благополучия. Человеку также полезно взглянуть на обоснование своих решений и проанализировать, насколько он ориентирован на внутреннюю комбинацию таких ролей, как «жертва», «аг-

рессор», «судья», «воин», «целитель», «учитель», и какие он выбирает ситуации для их поддержки.

Данная когнитивная стратегия заключается в поиске альтернатив, дополнительных выборов, научению решать проблемы. Используются приемы «мозгового штурма», аргументация и контраргументация, ролевые игры со сменой ролей (например, психотерапевт играет роль депрессивного пациента).

Когнитивная психотерапия позволяет, используя новейшие достижения когнитивной психологии, проводить реконструкцию представлений пациента о себе, о мире, о своем будущем и таким образом улучшать его состояние в эмоционально-аффективной и висцеро-вегетативной сферах. Наряду с дальнейшим внедрением классической когнитивной терапии в клиническую психологию все большее число сторонников завоевывают интегративные модели, активно осваивающие подходы селф-психологии, теорию *объектных отношений*, *постмодернистских конструктивистских теорий*. Их объединяет то, что знания о событиях (в мыслях и образах) зависят от отношений и схем прошлого опыта, которые используются при оценке этих событий. В частности, принимаются некоторые гипотезы психодинамического направления, связанные с «детскими корнями» депрессивных тем. Это ранняя материнская депривация и необратимая аналитическая депрессия (депрессия «утраты»), неблагоприятное семейное окружение, жестко-ригидная система семейных традиций и правил-требований, идентификация с родителем, страдающим комплексом неполноценности, ограничение социальных контактов ребенка, создающих дефицит обратной связи для его психосоциального развития. В связи с индивидуальной предрасположенностью и специфической уязвимостью к определенным стрессам неправильные интерпретации (схемы) событий вызывают ту или иную эмоцию, причем психопатологическая трактовка эмоции пбдается как сильное преувеличение нормальной эмоции.

В частности, упомянем здесь модель так называемой динамической когнитивно-бихевиоральной терапии (D-СВТ). Так, D-СВТ модель вбирает в себя по крайней мере три положения психодинамического подхода: подчеркивание важности изучения уз привязанности с родительскими фигурами в раннем детстве для понимания актуальных межличностных проблем; признание существенной роли психотерапевтических отношений в эффективности терапии; видение конечной цели терапии не столько в модификации поведенческих схем, сколько в прояснении и изменении интрапсихических моделей и схем, сложившихся в раннем детстве в результате дисфункциональных семейных отношений.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ СИМПТОМ КАК РЕЗУЛЬТАТ ДИСФУНКЦИИ СЕМЕЙНОЙ СИСТЕМЫ

Основные положения системного подхода. Наша жизнь протекает в широкой иерархии взаимодействующих систем (от *молекулярного уровня* до космического). Семья представляет собой открытую систему, где ее члены взаимодействуют друг с другом и с окружающими системами (школа, производство, наука, религия, государство и др.). Эта система постоянно развивается вследствие существования «обратных связей» с внешними биологическими и социальными структурами. Внешние силы могут оказывать положительное или отрицательное влияние на семью, которая, в свою очередь, воздействует на них *аналогичным* образом. Таким образом, семейная система стремится, с одной стороны, к сохранению сложившихся связей, с другой стороны — к развитию и переходу на более высокий уровень функционирования.

Основные положения системного подхода могут быть суммированы следующим образом. Система име-

ет следующие характеристики: 1) система как целое больше, чем сумма ее частей; 2) что-либо, затрагивающее систему в целом, влияет на каждую отдельную единицу внутри системы; 3) расстройство или изменение одной части системы отражается на других частях и системе в целом.

Гомеосгаз — со-
хранение «внутрен-
ней энергии» семьи

**Семья — открытая, живая, развивающаяся система, <|
функционирующая благодаря взаимосвязанному ,|
действию двух законов: закона *поддержания гомеостаза* ?|
и закона *отклонений от гомеостаза*. if**

Живая система характеризуется изменчивостью от хаоса (*энтропии*) до *ригидности* по отношению к большому комплексу устойчивых, повторяющихся картин взаимодействия. Понятие энтропии заимствовано из термодинамики. Суть ее заключается в том, что система, не получающая энергию извне, постепенно переходит в состояние недостаточного дифференцирования, утраты структуры и, в конечном счете, к полной аморфности и тепловой смерти. Слово «энтропия» можно было бы перевести как «состояние беспорядка». Каждая система поддерживает внутри своих границ негативную энтропию (*негаэнтропию*). Структура системы и ее дифференцирование способствуют сохранению негативной энтропии, того порядка, который господствует внутри системы.

Каждую систему можно определить, исходя из ее границ по отношению к окружению. Все, что находится внутри границы, относится к системе; то, что лежит за пределами, к ней не относится. Можно сказать, что граница осуществляет защиту структуры и функций системы. В некоторых случаях границы воспринимаются как фиксированные, в других — как подвижные. Для удовлетворительного функционирования системы необходимо, чтобы разграничительные линии обозначались ясно и четко, но при этом были бы подвижны. В этом случае они способствуют сохра-

нению внутренней стабильности и, вместе с тем, система обладает той открытостью, которая необходима для ее адаптации и развития в соответствии с изменениями внутри и вне системы. Фиксированные границы ведут к уменьшению обмена с другими системами, следствием чего является застой и изоляция. Слабые и нечеткие границы приводят к неясностям относительно дифференцирования и функций внутри системы. Граница необходима для защиты от угрозы распада, т. е. нарастания энтропии.

Иерархичность. Всякая система может рассматриваться как подсистема в рамках другой, более крупной системы.

Взаимодействие, поведение и установки, которые наблюдает и в которые вовлечен терапевт, могут быть восприняты им «*линейным*» (при установлении причинно-следственных отношений) или «*циркулярным*» способом (при обнаружении связи симптома с проблемами в семье, определении циркулярной последовательности событий, взаимно влияющих на каждого члена семьи).

Проблемы в семейной жизни часто связаны с дилеммами в адаптации к некоторым средовым влияниям или изменениям (*горизонтальные стрессоры*). Такие изменения уже произошли или могут произойти. Например отделение юноши от родительской семьи, миграция семьи или неминуемый развод. Все это заставляет расстаться со старыми стереотипами и создавать новые отношения.

Невысказанные эмоции, ригидные установки, секреты могут служить сильным препятствием для нормализации гомеостаза.

Наряду с тем, что система находится в состоянии постоянного изменения, она должна стремиться к сохранению своей идентичности по отношению к окружению. Управление и регулирование системы осуществляется через корректирующие импульсы управления (негативная обратная связь), усиливающие импульсы управления (позитивная обратная связь).

Негативная обратная связь соотнесена, главным образом, с поддержанием динамического равновесия и выживанием, в то время как позитивная необходима для изменения структуры и целевой направленности системы. Равновесие реализуется через механизмы обратной связи, предоставляющей системе информацию о нарушениях равновесия. При получении системой таких сигналов в ней активизируются механизмы, нацеленные на восстановление нарушенного равновесия. Они называются *гомеостатическими*.

Члены *гармоничной семьи* быстро и адекватно реагируют на изменение внешней и внутренней ситуации. Реакцией на «обратную связь» является позитивное изменение в семье, рост и креативность ее членов. В таких семьях родительская, супружеская, детская подсистемы имеют четкие границы. В гармоничной семье семейные правила гибкие и служат позитивными ориентирами для роста каждого члена семьи.

Системные нарушения чаще всего проявляются в следующих формах.

«Нормативные временные сдвиги», или *«горизонтальные (нормативные) стрессоры»* отражают движение между стадиями жизненного цикла семьи. Они включают начало семейной жизни, рождение ребенка, смену профессии, уход детей из дома и др. Симптоматическое поведение возникает при «застревании», препятствиях или неадекватной адаптации в процессе прохождения какого-либо этапа жизненного цикла семьи.

Горизонтальные стрессоры (жизненный цикл семьи) — смена периодов кризисов развития и периодов стабилизации. Вертикальные стрессоры в деятельности семьи — это патологизирующее семейное наследование (вариант социального наследования).

«Системные сдвиги» включают менее выраженные изменения во внутреннем балансе взаимоотношений

внутри системы. Они могут провоцироваться транзиторными стадиями или возникать независимо. Транзиторную стадию иллюстрирует, например, факт решения домохозяйки вернуться на работу, когда дети выросли. Этот поступок может нарушить стабильность в супружеской подсистеме, приведя семью к кризису. Независимый сдвиг возможен и в случае смерти матери мужа, контролировавшей его, тогда супруг может начать эмоционально «выпадать» из брака, находя интересы во внебрачной среде.

«Системная травма» — непредсказуемые жизненные события, такие, как смерть одного из членов семьи, физическая болезнь или внезапное завершение карьеры. Эффект подобных событий может быть разрушительным для семьи, несмотря на ее попытки к ним приспособиться.

Дисфункциональная семья — семья, которая не обеспечивает личностного роста каждого из своих членов.

Дисгармоничные (дисфункциональные) семьи — ригидные семейные системы, которые пытаются сохранить привычные стереотипы взаимодействия между элементами своих подсистем и другими системами вне зависимости от изменения внешних условий. В результате этого блокируются актуальные потребности самого «слабого» члена семьи (чаще — ребенка), и у него возникает какое-либо заболевание (соматическое, психосоматическое или психическое расстройство). Он становится «носителем симптома», который позволяет удерживать старые взаимоотношения между членами семьи. Симптоматическое поведение появляется в результате стереотипных «застывших» ролевых взаимодействий, нередко служит «коммуникативной метафорой» (шифром потребностей семейной системы), отражая некоторые закрытые темы, прямое обсуждение которых нарушило бы се-

мейные правила. Если семья рассматривается как саморегулирующая система, а симптом — как механизм регуляции, то в случае ликвидации симптома вся система оказывается временно нерегулируемой.

Чаще всего «носитель симптома» в дисгармоничных семьях появляется в результате следующих обстоятельств:

- члены семьи игнорируют проблему на системном уровне, отказываются разделять ответственность за симптом;
- закрытые внешние рамки дисгармоничных семей ограничивают взаимодействие членов семьи с другими системами, не позволяют получить ресурс извне для решения проблем и тем самым блокируют рост и развитие семейной системы;
- диффузные границы между подсистемами стимулируют процесс «хронической беспомощности» у всех членов семьи, но особенно — у «идентифицированного пациента»;
- нередко кризис, создаваемый «идентифицированным пациентом», — единственный способ испытать эмоции в семье.

***Идентифицированный пациент* — член семьи, отклоняющееся поведение и психологические проблемы которого являются непосредственным поводом обращения семьи к психотерапевту.**

Характеристика симптоматического поведения:

- сравнительно сильное влияние на других;
- симптом произволен и не поддается контролю со стороны пациента;
- симптом закрепляется окружением;
- симптоматическое поведение может быть выгодно другим членам семьи.

Симптомы появляются, если имеет место смещение или нарушение процесса развертывания жизнен-

ного цикла семьи. Они являются средствами уравновесить «застрявшую» систему.

УЧЕБНЫЙ ПРИМЕР N2 18

Денис, 14 лет

Обратилась мать Дениса по поводу его частых простудных заболеваний, из-за которых он часто пропускает уроки и стал хуже учиться. Во время первого интервью мальчик выглядел бледным, худым, его физическое развитие не соответствовало возрасту 14 лет. Обнаружил чувство юмора, хорошо рисует.

Подростку предложено пройти краткосрочную групповую психотерапию. Свою цель он сформулировал как желание научиться ладить с родителями. Родители — в разводе. Денис живет с матерью, отчимом («отец-2») и сводным братом.

В своей первой психодраме подросток пытался разобраться в отношениях с матерью. Он сообщил, что до рождения брата у него была «симбиотическая связь» с матерью. Она существовала очень давно. Мать привыкла «загружать» его своими проблемами. Из участников группы были выбраны вспомогательные Я на роли его «проблем» (с бабушками, с его собственными эмоциями, с младшим братом и т. д.). Было предложено показать жестами, как «персонажи» накинудись на протагониста. Денис пытается их с себя скинуть. Вспомогательное Я в роли Дениса сообщает о своих ощущениях: «Разве можно после этого вырасти!». Участница в роли матери сообщает, что ей без проблем скучно. Денис понимает, что «симбиотическая связь» помогает им обоим сохранить адекватную самооценку без собственных изменений. Участники группы дают ему «обратную связь» о его положительных качествах: «Из таких ребят вырастают рыцари, готовые ради любимой дамы совершить героический поступок». Такое подросток слышит впервые и не принимает. Группа качает подростка на руках, но у него тревога, нет доверия. Через несколько дней он сообщил, что хочет вновь работать над своими проблемами. Приводим выписку из протокола занятия.

Денис. Хочу поработать над проблемой с отцами, а также с тем, с которым я живу (отчим).

Психотерапевт. А может, над проблемой твоих отношений с мамой и братом?

Денис. Возможно.

(Идет выбор кандидатуры на роль «отца» из участников группы.

Костя — «брат»; Дима — «отец»; «мама» (долгий выбор) — Нина.

На роль себя Денис никого не выбрал, был предложен пустой стул.

«Разогрев»

Брат Я — Семен, брат Дениса. Вечные проблемы с отцом (несовместимы по гороскопу). Мелкий, маленький — 3 года. Люб*

лю ко всем приставать. На папу внимания не обращаю, к своему брату пристаю. Называю «добрым кусакой».

Отец. Я — отец Дениса. Андрей. Серьезный, малоразговорчивый, под 40 лет. Работаю на серьезной работе, об этом не говорю. Это мой первый брак. Отношения с Сеней — не очень. Пристает. К Денису нейтрально отношусь. Главное, чтобы уроки были готовы.

Психотерапевт. Только об уроках разговоры?

Отец. Да, на темы, которые предлагает Денис. К жене отношусь нормально. Говорю редко ласковые слова (*говорит медленно, с подсказками психотерапевта*). Я вообще очень закрытый человек.

Мама. Меня зовут Катя. Около 40 лет. По профессии — психолог. Примиряю обе стороны. Но Семен виноват сам, за что его и шлепают. А с первым мужем разошлись из-за бабушки (матери). Она развела нас из-за того, что он потанцевал с другой.

Психотерапевт (*подростку, играющему роль матери Дениса*). Тебя устраивает тот, первый муж?

Мама. Ссорились мы с ним. Он вообще ссорился со всеми.

Психотерапевт. Нервы мотал?

Мама. Он был человек настроения.

Психотерапевт (**матери* Дениса*). Ты разошлась быстро?

Мама. Я осталась одна с годовалым ребенком.

Психотерапевт. Наверное, причина была значительной?

Мама. По идее, да.

Идет переход к «разогреву» участника группы, играющего роль Дениса.

Денис. Я — Денис, 14 лет. Выгляжу я младше, на 12–13 лет.

Психотерапевт. Ты переживаешь из-за этого?

Денис. Да нет. Паспорт дадут.

Психотерапевт. Ты оптимист?

Денис. Да, а раньше был жуткий пессимист. Не мог привыкнуть, когда ушел отец. Обвинял маму, бабушку. Бабушки использовали меня как орудие между собой.

Психотерапевт. А папа с тобой был честен?

Денис. Он не говорил со мной, я его не спрашивал.

Психотерапевт. Но он же мог защитить?

Денис. Не мог. Сейчас он общается со мной не очень часто. Это зависит от меня, поеду я к бабушке или нет.

Психотерапевт. Странно. Отец инициативы не проявляет...

Денис. Ну, иногда проявляет. Редко-редко.

Психотерапевт. А ты все веришь, что виновата бабушка?

Денис. Я его жалею. Он разрывается между мной и другим своим ребенком.

Психотерапевт. Ты обвиняешь себя, бабушку, но не его?

Денис. Мне его жаль. А я не могу найти общий язык с отцом-2.

Психотерапевт. Чем ты недоволен? Выскажи!

Денис. Я с отцом-2 характерами не сошелся. С тех пор, как сказал ему, как он лежит на диване, как колбаса.

Психотерапевт. Ну и какие чувства ты к нему испытываешь?

Денис. Я не понял, кто это. И я почувствовал удивление, растерянность.

Психотерапевт. Сколько ты с мамой жил?

Денис. Недолго. Там еще бабушка с дедушкой дошивались». Отец-2 появился, когда я был в первом классе, я его покупал учебой. А он купил мне компьютер.

Психотерапевт. А родной?

Денис. Он давал деньги.

Психотерапевт. Выбери кого-нибудь на роль родного отца. Может, Женю?

Денис делает «разогрев отца-1.*

Стец-1. Зовут Саша. Мне сейчас под 40 лет. Держал сауну, станцию техобслуживания, теперь — программист в магазине.

Психотерапевт. А чего профессии меняешь?

Денис. Да чтобы... Не пить, неприятности всякие, мешал другим.

Психотерапевт. Почему нигде не удержался?

Денис. Очень эмоционален. Прямая противоположность моему новому отцу.

Психотерапевт предлагает построить скульптуру семьи. В первой семье построена идеальная скульптура. Во второй — папа-2 замахивается на Сеню. Сеня душит маму и Дениса. Папа-2 оттаскивает Сеню за шкуру» в одну сторону, а Дениса — в другую. Мама пытается их разнять. А папа-1 исподтишка также тащит мальчика в свою сторону.

Короткое обсуждение

Олеся. Странно ты к ним относишься. То ты их любишь, то не любишь, то защищаешь.

Нина. Хочется вернуть первого папу?

Денис. Уже нет.



В процессе дальнейшего обмена чувствами Денис приходит к выводу, что нет возможности сохранить прежние отношения, вернуть биологического отца, переделать отчима. Их надо принимать такими, какие они есть, без иллюзии и идеализации. Для него это открытие сродни второму рождению. В заключение своей работы он подходит к каждому члену группы и со смехом сообщает, что он, Денис, — «новая версия». Все смеются, затем его качают. На лице подростка — Улыбка и спокойствие.

Придя на следующий день, мальчик сообщил, что ему удалось вступить в контакт с новым отцом, последний ему много рассказывал о компьютерных программах. Таким образом, энергия подростка была перераспределена на решение задач собственного развития, и он прекращал играть роль буфера в семье, расплачиваясь своим здоровьем.

Мать Дениса параллельно участвовала в краткосрочной психотерапевтической группе, куда входили родители подростков с пограничными психическими расстройствами.

Мать, Катя, 34 года

Имеет высшее гуманитарное образование. Страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Второй раз замужем. На первом занятии свою цель обозначила как работу с проблемой «Я и моя маска». В конце третьего занятия сказала, что испытывала недоверие к психотерапевтам, но сейчас оно ушло, и она готова работать над своей проблемой («Моя маска — это защита от людей, я не доверяю им...»).

Ей было предложено исследовать проблему недоверия в группе, сказав каждому, что в нем нравится, а потом — что вызывает отрицательные чувства. Было выявлено, что не нравится протагонисту: излишняя веселость и манерность, закрытость. Вызывают неприятные чувства превосходство в интеллектуальном развитии, холодность, равнодушие, неискренность и стремление поучать, неуверенность, структурированность и ригидность. Расположив по степени возрастания отрицательных эмоций участников группы с присущими им качествами, вызывающими их, Катя обнаружила, что наибольшее неприятие и гнев она испытывает к неуверенности, ригидности и структурированности. Все носители этих качеств оказались мужчинами. Обратив на это внимание, Катя стала вспоминать свое детство, когда она впервые надела свою маску.

«Мы переехали на новое место жительства. Отец был видным лицом в городе. Я пошла в новую школу, и там меня терроризировала девочка из интерната. Она была больной, хромала на одну ногу, у нее плохо двигалась левая рука, но ее выходки по отношению ко мне однажды вывели меня из себя, и я ее сильно побила. Я помню, как я сидела на ней, а она лежала на полу, и я била ее, била... А потом я убежала в туалет и плакала, плакала. Я не должна была так поступать, она была инвалидом. Другие ребята из класса хвалили и поддерживали меня, а я... (плачет). Так не поступают...» (Реплика психотерапевта: «Хорошие девочки так не поступают»).

Катя кивает головой: «С тех пор я сдерживаю себя и предъявляю миру свою маску».

Психотерапевт. Обрати внимание, что самые сильные отрицательные чувства — гнев и раздражение — ты испытываешь к мужчинам.

Катя. Да.

Психотерапевт. Это как-то связано с сегодняшней твоей жизнью, с мужчинами, с мужьями?

Катя. Да.

Психотерапевт. Кто напоминает здесь в группе твоего второго мужа?

Катя выбирает на роль мужа Андрея Анну. Воспроизводится разговор с мужем. Катя предъявляет ему претензии, что он уделяет ей мало внимания. Муж ссылается на усталость. Катя обижается.

Психотерапевт. Андрей, ты видишь, что Катя обиделась?
Анна (в роли Андрея). Не знаю, что ей надо. Все есть. Не понимаю!

Психотерапевт. Что должна делать для тебя жена?

Катя «становится» Андреем, который делится своими представлениями о жене: Юна должна хорошо выглядеть: стройная фигура, короткие светлые волосы. Всегда встречать меня приветливо, подавать горячий обед на стол; готовить мне горячую ванну. Если я устал — делать мне массаж, укладывать сына, чтобы он не мешал мне...»

Психотерапевт. Быть хорошей любовницей...

Катя (в роли Андрея, продолжает). Да, последнее время стала искать предлог, чтобы уйти от этого... Чтобы отвечала на звонки вежливо и компетентно, заботилась о друзьях. Ласково и почтительно разговаривала с мамой...

Психотерапевт. Целый список. Ты не работаешь?

Катя. Почти.

Психотерапевт просит Анну, играющую роль Андрея, повторить весь список.

Катя. Боже мой! Это же моя мама! (Катя осознает, что выбор участницы группы женского пола был сделан не случайно, но отказывается от обсуждения чувств участников группы.)

На следующий день Катя была в подавленном настроении, сказала, что попыталась говорить с мужем по поводу супружеских проблем, но безрезультатно.

На втором занятии после работы с другой участницей их группы, которая при проигрывании психодрамы не желала стать более открытой и отвергала существование своих проблем, Катя при обмене чувств сообщила, что сердита на нее: «Ты похожа на меня, какой я была два года назад. Я не верю тебе. Ты — мое зеркало».

Кате предлагается открыто сказать всем участникам группы, что у нее в них вызывает гнев и агрессию. Она подходит к каждому участнику группы и сообщает о своих чувствах. Когда доходит очередь до Ивана, Катя говорит: «Ты просто интеллектуальная машина без чувств. Что бы ни сказал — все правильно, и я чувствую себя с тобой дурой. Ну ни одного чувства ты не проявляешь! Я готова побить тебя. Ты как мой муж».

Психотерапевт. Возьми ремень!

Катя. Не могу. В 10 лет меня ни за что побил отец. Я орала на весь дом. Была картина: орущая дочь мэра. Мне было так стыдно. Я боюсь ремня...

Психотерапевт привязывает кожаную сумку к спине Ивана.

Катя (*сидя, без слов принимает ремень и бьет по сумке, сначала несмело, затем все сильнее и сильнее*). Чурбан без чувств, только думаешь, думаешь и унижаешь. Я тоже все могу, я не глупее тебя (*плачет, говорит детским голосом*).

Психотерапевт. Может, встанешь со стула?

Катя. Тогда я убью его... (*Продолжает бить.*)

Иван (*в роли Андрея*). Хватит.

Катя (*бьет еще два раза и перестает*). Мне стало лучше. Спасибо. Но все теперь, наверное, обижены на меня...

Психотерапевт. Выразите свои чувства в данный момент Кате, но без слов. (*Участники группы подходят к Кате, обнимают, поглаживают, мужчины ее целуют. На лице protagonista удивление и радость.*)



Данный пример демонстрирует, как участие в групповой психотерапии позволило подростку и его матери решить проблемную семейную ситуацию. Таким образом, не стало почвы, поддерживающей симптом у ребенка. Если бы лечившие его до этого терапевты и психотерапевты не подходили к подростку как к биологическому существу, а собрали бы семейный анамнез и оттачивались в своих гипотезах от понятия «идентифицированный пациент», результат терапии был бы получен гораздо раньше. Дальнейшее наблюдение показало положительную динамику личностного роста и улучшение здоровья мальчика.

Концепция гомеостаза должна учитываться при любом вмешательстве в семью. Полезно знать, до какой степени аспекты семейной жизни изменились и какие картины предыдущих семейных взаимоотношений поддерживаются, что влияет на развитие лично-

сти ребенка и что может возникнуть в результате последующей семейной реорганизации. Дисфункциональные семьи часто пытаются сохранять статус-кво, несмотря на попытки психотерапевта стимулировать изменения.

В психотерапии такой подход означает, что мы можем лучше понять пациента, рассматривая его не только через призму интрапсихических проблем (тревожность, внутренние дилеммы, психосоматика и т. д.), но и с точки зрения целого, т. е. в контексте социальных связей, составной частью которых он является. Поведение отдельного пациента, на первый взгляд представляющее отклонение от нормы, необычным или странным, при индивидуальном подходе может показаться естественным или, по крайней мере, понятным, если рассматривать его как ответ на взаимоотношения, которые сложились в его семье.

В Приложении 4 приведен алгоритм проведения общего семейно-диагностического интервью



Студенту, желающему расширить свои знания в области системного подхода и семейной психотерапии, рекомендуется прочитать книгу Браун, Кристенсен «Теория и практика семейной психотерапии».

КОНЦЕПЦИЯ СТРУКТУРНО-ДИСКРЕТНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХИКИ СЕМЕНОВА. АКУПУНКТУРНОЕ ПРОГРАММИРОВАНИЕ (АП)

АП — оригинальный метод односеансной терапии, созданный в 1979 году ленинградским психотерапевтом Семеновым. Слово «программирование» в переводе с греческого обозначает «распоряжение». Автор берет одно из десяти значений этого слова в русском языке, а именно «содержание, порядок деятельности» и пользуется им в своей методике, подчеркивая «изменение содержания и порядка деятельности» после се-

анса. Многие психосоматические заболевания возникают на основе программы, заложенной воспитанием. В лечении этих расстройств одним рациональным подходом трудно достичь результата. Для получения лечебного эффекта необходимо перепрограммировать установки, роли, внести новую информацию в сознание пациента.

Первыми пациентами, которые были подвергнуты синтезу акупунктуры и психотерапии, стали больные дерматологического профиля. В настоящее время акупунктурное программирование успешно применяется в руководимом автором медицинском объединении для лечения алкоголизма, табакокурения, ожирения, других аддикций, а также для профилактики старения.

Предпосылкой теоретического обоснования метода является высказанная автором в 1977 году гипотеза о структурно-дискретной организации жизни и психики. Согласно этой системной теории, основными структурными элементами нервно-психической организации являются различного рода нервно-психические целостности меньшего порядка. Взаимосвязь и взаимодействие их друг с другом и образуют собственно психику индивида. Эти подсистемы психической организации автор называет словом «ТОТы», образованным от латинского «totum», т. е. целое, и соотносит с именем древнеегипетского бога Тота. В это понятие включаются и автономные комплексы, и архетипы, и гештальты, и субличности, и психические целостности иной природы. ТОТы — это те кирпичики, из которых складывается психика как целое. Они могут быть классифицированы по разным признакам, но самый важный их признак — происхождение. По этому признаку все ТОТы можно разнести в две большие группы: врожденные, или априорные, и приобретенные (онтогенетические).

Врожденные ТОТы являются общими для всех людей, поэтому к большинству из них вполне подходит понятие «архетип», принятое в аналитической психо-

логии. Однако в представлениях автора эти элементарные целостности имеют иную эволюционную природу, нежели «архетипы» Юнга, а спектр их гораздо шире. ТОТы, приобретенные человеком в ходе индивидуального существования, классифицируются по происхождению следующим образом: ТОТы травматического генеза, интегрирующие патологический опыт (механотравм, болезней, психотравм); ТОТы психологического происхождения, которые соединяют в себе и несут опыт интерперсонального общения, долгосрочных конфликтов, особенно конфликтов, возникших в родительской семье; ТОТы, которые являются интрапсихическим эквивалентом соответствующих подсистем культуры: их человек интериоризирует в процессе онтогенеза.

Врожденные ТОТы по сути *являются* психическими эквивалентами конкретных морфофункциональных систем организма.

Каждый ТОТ занимает всегда то место в структуре психики, которое соответствует уровню функциональной активности связанной с ним морфофункциональной системы. Поэтому изменение функциональной активности любой морфофункциональной системы всегда изменяет и статус соответствующего ТОТа в структуре психической организации. Например, если человек голоден, активизируется ТОТ, соответствующий морфофункциональной системе, предназначение которой — «накормить». В таком случае говорят: «Человек одержим чувством голода». На самом же деле правильнее будет сказать, что человек одержим ТОТом, одним из признаков которого является чувство голода, ибо есть и другие признаки душевного состояния голодного человека. Этот постулат автора перекликается с понятием доминанты Ухтомского, ибо ТОТ, выражающий активность какой-либо морфофункциональной системы, демонстрирует многие признаки доминанты.

В теоретических предпосылках создания АП автор исходил из следующей гипотезы: если каким-то спо-

собом активизировать некий ТОТ, это будет означать одновременно и переход в активное состояние соответствующей морфофункциональной системы. Например, можно разжечь у человека аппетит, объективным выражением этого явления будет повышение секреторной активности пищеварительных желез и усиление моторики желудочно-кишечного тракта.

Время, на протяжении которого какой-нибудь ТОТ господствует в психике, это особое состояние. И следующий тезис звучит так: переход от одного душевного состояния к другому всегда совершается скачком. Человек либо спит, либо бодрствует; либо неподвижен, либо движется. Осознать дискретность человеческой жизни значит понять и то, почему достаточно всего одного сеанса для изменения состояния.

АП — это метод, специально рассчитанный на изменение состояния пациента. Клинический опыт автора показал, что большинство хронических заболеваний — это такая деформация жизни, при которой большую часть времени человек находится в каком-нибудь одном (патогенном) состоянии. На поведенческом уровне особые состояния души передаются той или иной ролью. Этот факт хорошо известен из практики психодрамы, трансактного анализа. Например, если вы упорно играете по отношению к кому-либо роль «родителя», а человек имеет доброе отношение к вам, он неосознанно подстроится к общению в роли «ребенка». Одним из факторов, поддерживающих патологическую аддикцию, по Семенову, является фиксация (застывание) в одной из ролей, например «матери» или «отца», препятствующая аутентичности (это перекликается с теорией ролей Морено, где «затухающие» и «извращенные» роли препятствуют проявлениям спонтанности индивидуума, снижают поисковую активность). Таким образом, АП в его психотерапевтической части — это не только программирование, но и ролевая психотерапия, ибо, по существу, на сеансе АП происходит реорганизация и ослабление «патологической» роли, определяющей болезнь пациента. Кроме

того, в ходе психотерапевтического воздействия усиливаются ослабленные ТОТы (дискриминационное использование стимулов). Итак, переходя к практическому использованию акупунктурного программирования, следует помнить два основных принципа: организм и психика дискретны, переход из одного состояния в другое совершается всегда скачком.

Терапевт, проводящий однократный сеанс, ведет себя активно и директивно, он отвечает за то, что на сеансе будут обсуждаться согласованные темы и цели. Пациент имеет возможность в любое время продолжить лечение, получить поддерживающую терапию, и в этом смысле односеансная терапия не ограничена во времени.

В процессе многолетней отработки методики автором были получены достоверные данные, свидетельствующие, что суггестия, осуществляемая на базе необходимого в зависимости от психогенеза заболевания психоэмоционального состояния, сформированного с помощью акупунктуры, в гораздо большей степени определяет изменение поведения человека, нежели суггестия на базе просто спокойного состояния при релаксации. Для изменения психоэмоционального состояния используют известные точки акупунктуры, воздействие на которые позволяет получать необходимый транквилизирующий и седативный эффект, улучшение настроения.

Таким образом, АП является способом лечения, который, учитывая этиологические и патогенетические особенности заболевания, обеспечивает высокие результаты за счет изменения и создания эффективной системы поведенческих стратегий. Цель достигается сочетанием воздействия словом и различных «закрепителей» (якорей), которые попадают одновременно и вовлекают в процесс вербально-визуальный, вербально-аудиальный и невербальный каналы восприятия информации. Такой подход соответствует механизмам сочетанного рефлекса по Бехтереву или условного рефлекса по Павлову.

Как и другие виды **краткосрочной** психотерапии, методика односеансного **лечения** сфокусирована и направлена на достижение **определенной** цели; она подразумевает, что перемещение в **пациенте** может произойти внезапно и не **обязательно** во **время** сеанса. АП стремится придать пациенту сил, **сделать** его активным участником процесса. **Современные** достижения наркологии, диетологии, **синергетики, теории** и практики акупунктуры, нейрофизиологии, психодинамической психотерапии, нейрорегулятивного программирования, теории и **практики** ролевых игр и философское обобщение **разных теорий** находят в постоянном внимании автора в совершенствовании своей теории и метода.



Студенту, желающему **углубленно** познакомиться с медико-психологическими и философскими концепциями автора, рекомендуем **прочитать** книгу Семенова «ГОР. Система психофизического самосовершенствования в ключе аутентификации» (2002).

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ СИМПТОМ КАК РЕЗУЛЬТАТ НАЛИЧИЯ ВЫСОКОЙ ЭНТРОПИИ И ДЕЙСТВИЯ АТТРАКТОРА БОЛЕЗНИ. КОНЦЕПЦИИ ПРИГОЖИНА ИШЬЕВА

Тело человека, как известно, **тенно**. Постепенно, достигая определенной точки своего развития, оно начинает терять целостность и **прежние** совершенные свойства. С позиций классического термодинамического подхода процесс возврата порядка к хаосу неизбежен.

Энтропия (хаос) во Вселенной все время увеличивается. Однако этому увеличению противостоят **нэгэнтропийные** (порядок) живые системы и общий универсальный механизм упорядочивания: вселенский порядок против вселенского хаоса.

Утрата человеком телесных возможностей в старости есть проявление энтропийных, хаотических, деструктивных тенденций в жизнедеятельности организма в противовес нэгэнтропийным тенденциям, преобладающим в период морфогенеза.

Пригожий выявил основную особенность термодинамики необратимых процессов в открытой системе, находящейся вдали от равновесия (в нелинейной области). Эта особенность состоит в способности удерживать «неравновесное равновесие», то есть диссипировать (совершать колебания) около точки равновесия. Такое равновесие было названо диссипативным. Его отличает динамичное постоянство состояния системы, получаемое через непостоянство (изменение) ее колебательных состояний. Точка диссипативного равновесия снижает поток энтропии, идущий извне и изнутри.

Под нелинейностью понимается отступление от пропорциональной (описываемой линейными функциями и уравнениями) зависимости между причиной и следствием. Нелинейная связь между явлениями имеет более сложный характер (описываемый нелинейными функциями и уравнениями).

Нелинейность означает, во-первых, что малые по своим масштабам события могут породить грандиозные последствия. Возможен так называемый «эффект бабочки»: в фантастическом рассказе Брэдбери герой, отправившись в прошлое, случайно губит бабочку, и это меняет ход истории его страны.

Во-вторых, для нелинейных процессов характерны ситуации, в которых будущее неоднозначно определяется настоящим (начальными условиями). Математически это выражается в том, что нелинейные уравнения при некоторых критических условиях приводят не к одному, а к нескольким решениям. Это означает, что в критической точке возникают различные варианты последующего хода событий, различные альтернативы пути дальнейшей эволюции системы.

ниях и формируется дискретный (психосоматический) тип личности.

Обострение заболеваний внутренних органов выступает в качестве многоуровневой дезадаптации. Переход от обострения болезни к фазе стойкой ремиссии осуществляется за счет механизмов компенсации более высокого уровня, чем предыдущий. Хроническая болезнь оказывает влияние практически на все сферы жизнедеятельности человека. В целом, наименее хорошие результаты по оценке качества жизни среди больных с ревматоидным артритом, бронхиальной астмой, язвенной болезнью, ишемической болезнью сердца.

Ключевые психосоматические условия для развития заболеваний внутренних органов по Ананьеву:

- нарушение сбалансированного функционирования адаптационно-компенсаторных механизмов;
- формирование «структурного аттрактора болезни»;
- дискретный переход через точки бифуркации адаптационно-компенсаторных возможностей с поведенческого на эмоциональный и с эмоционального на когнитивный уровни функционирования индивидуума.

Выйти в ремиссию можно благодаря включению адаптивных механизмов, например с помощью адаптации к болезни, иначе говоря, через изменение структуры отношения к болезни или компенсацию, т. е. через возвращение первичного шаблона здорового реагирования.

Социально-психологические факторы создают условия «хаоса» и выполняют следующие функции.

«Триггерная» (запускающая процесс) функция осуществляется в виде толчка. «Модулирующая», направляющая течение из точки бифуркации в благоприятное русло функция играет роль адаптивно-компенсаторного реагирования (здоровье) либо переводит в

неблагоприятное течение, т. е. в развитие болезни. При наличии болезни есть два выхода: либо в благоприятное течение заболевания (устойчивую ремиссию), либо в неблагоприятное — обострение заболевания.

Негативные модели семейных отношений при болезнях адаптации выступают источниками, провоцирующими неблагоприятное течение заболевания, в то же время семья служит особым полигоном реализации компенсаторных механизмов, способных стабилизировать течение заболевания. Основная часть пациентов живет в дисфункциональных семьях. В этих семьях наблюдается выраженная неудовлетворенность браком, в два раза превышающая данный показатель в гармоничных семьях.

ПРИЗНАКИ ГАРМОНИЧНОЙ СЕМЬИ

1. Все члены общаются между собой, умеют слушать друг друга.
2. В спорах учитывается мнение каждого члена семьи.
3. Разделяется ответственность и обязанности между всеми ее членами.
4. Члены семьи поддерживают друг друга, умеют распределить и выполнять обязанности другого члена в случае изменения ситуации :: (командировка, болезнь).
5. Каждый ее член верит в себя, имеет адекватную самооценку, доверяет другим.
6. В семье учат уважать других людей, их различия во вкусах; не критикуют вкусы, выбор друзей, использование свободного времени.
7. В семье ее члены обладают общей системой ценностей, знают свои права.
8. Семья имеет свои традиции, дети знают своих предков, свои корни.
9. Коалиции между ее членами динамичны и изменчивы.
10. В гармоничной семье ценится чувство юмора, воспитывается позитивное отношение к жизни.
11. В гармоничной семье уделяется внимание духовной жизни.
12. Уделяется время развлечениям.
13. Поощряется совместный прием пищи.
14. Поощряется альтруизм (сделать что-либо безвозмездно для другого человека, школы).
15. Члены семьи создают условия для своего личностного роста.
16. Члены семьи не стесняются обращаться за помощью и поддержкой к специалистам в случае кризиса или появления проблем.

ниях и формируется дискретный (психосоматический) тип личности.

Обострение заболеваний внутренних органов выступает в качестве многоуровневой дезадаптации. Переход от обострения болезни к фазе стойкой ремиссии осуществляется за счет механизмов компенсации более высокого уровня, чем предыдущий. Хроническая болезнь оказывает влияние практически на все сферы жизнедеятельности человека. В целом, наименее худшие результаты по оценке качества жизни среди болезней адаптации обнаруживаются у больных с ревматоидным артритом, бронхиальной астмой, язвенной болезнью, ишемической болезнью сердца.

Ключевые психосоматические условия для развития заболеваний внутренних органов по Ананьеву:

- **нарушение сбалансированного функционирования адаптационно-компенсаторных механизмов;**
- **формирование «структурного аттрактора болезни»;**
- **дискретный переход через точки бифуркации адаптационно-компенсаторных возможностей с поведенческого на эмоциональный и с эмоционального на когнитивный уровни функционирования индивидуума.**

Выйти в ремиссию можно благодаря включению адаптивных механизмов, например с помощью адаптации к болезни, иначе говоря, через изменение структуры отношения к болезни или компенсацию, т. е. через возвращение первичного шаблона здорового реагирования.

Социально-психологические факторы создают условия «хаоса» и выполняют следующие функции.

«Триггерная» (запускающая процесс) функция осуществляется в виде толчка. «Модулирующая», направляющая течение из точки бифуркации в благоприятное русло функция играет роль адаптивно-компенсаторного реагирования (здоровье) либо переводит в

неблагоприятное течение, т. е. в развитие болезни. При наличии болезни есть два выхода: либо в благоприятное течение заболевания (устойчивую ремиссию), либо в неблагоприятное — обострение заболевания.

Негативные модели семейных отношений при болезнях адаптации выступают источниками, провоцирующими неблагоприятное течение заболевания, в то же время семья служит особым полигоном реализации компенсаторных механизмов, способных стабилизировать течение заболевания. Основная часть пациентов живет в дисфункциональных семьях. В этих семьях наблюдается выраженная неудовлетворенность браком, в два раза превышающая данный показатель в гармоничных семьях.

ПРИЗНАКИ ГАРМОНИЧНОЙ СЕМЬИ

1. Все члены общаются между собой, умеют слушать друг друга.
2. В спорах учитывается мнение каждого члена семьи.
3. Разделяется ответственность и обязанности между всеми ее членами.
4. Члены семьи поддерживают друг друга, умеют распределить и выполнять обязанности другого члена в случае изменения ситуации (командировка, болезнь).
5. Каждый ее член верит в себя, имеет адекватную самооценку, доверяет другим.
6. В семье учат уважать других людей, их различия во вкусах; не критикуют вкусы, выбор друзей, использование свободного времени.
7. В семье ее члены обладают общей системой ценностей, знают свои права.
8. Семья имеет свои традиции, дети знают своих предков, свои корни.
9. Коалиции между ее членами динамичны и изменчивы.
10. В гармоничной семье ценится чувство юмора, воспитывается позитивное отношение к жизни.
11. В гармоничной семье уделяется внимание духовной жизни.
12. Уделяется время развлечениям.
13. Поощряется совместный прием пищи.
14. Поощряется альтруизм (сделать что-либо безвозмездно для другого человека, школы).
15. Члены семьи создают условия для своего личностного роста.
16. Члены семьи не стесняются обращаться за помощью и поддержкой к специалистам в случае кризиса или появления проблем.

ПРИНЦИПЫ ИНТЕРВЬЮИРОВАНИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Для вынесения диагностического решения существуют разные методические пути получения данных.

Хотя многие специалисты в области психического здоровья используют психологические тесты, самый надежный метод на практике — *диагностическая беседа (интервью)*. Особое значение имеют интервью для установления МКБ и DSM-диагнозов и как базис для клинических решений. Кроме того, диагностическая беседа служит не только для сбора информации, но одновременно выполняет консультирующую и терапевтическую функции. При диагностике особенно важно учитывать разные, в частности, взаимодействующие влияния как поведения интервьюирующего, так и ответа-поведения отвечающего. Присоединение к пациенту во время интервью, когда появляются первые данные о расстройстве и собирается анамнез, может являться уже начальной фазой клинико-психологического вмешательства. Вышеприведенные особенности клинической картины психосоматических пациентов требуют тщательной оценки и структурирования полученной от пациента информации.

Не потеряло своего значения понятие негативной и позитивной диагностики, пришедшее из диагностики невротических расстройств, представленное главным образом в трудах Мясищева, его сотрудников и последователей, которое можно использовать и в диагностике психосоматических расстройств. Содержание понятия негативной диагностики состоит в отнесении к неврозам только тех заболеваний, при которых отсутствуют установленные биологические причины и изменения. Сущность позитивной диаг-

ностики вытекает из признания категории «психогенного», включающей в себя следующие основные положения: 1) психогения связана с личностью больного и с психотравмирующей ситуацией, трудностью этой ситуации, с неспособностью личности в данных конкретных условиях самостоятельно разрешить ее; 2) возникновение и течение невротического расстройства более или менее связаны с патогенной ситуацией и переживаниями личности: наблюдается определенное соответствие между динамикой состояния больного и изменениями психотравмирующей ситуации; 3) клинические проявления по своему содержанию в определенной степени связаны с психотравмирующей ситуацией и с переживаниями личности, основными наиболее сильными и глубокими ее стремлениями, представляя аффективную реакцию, патологическую фиксацию тех или иных ее переживаний; 4) отмечается более высокая эффективность психотерапевтических методов по отношению ко всему заболеванию и отдельным его клиническим проявлениям сравнительно с биологическими воздействиями.

Иными словами, если в клинике психосоматического расстройства не обнаружено выраженных органических изменений, то диагностический процесс направляется на изучение истории жизни пациента, ведущих конфликтов, схем, т. е. психологической составляющей заболевания. В связи с этим следует подчеркнуть важность психосоциального аспекта позитивной диагностики, отражающего реальную жизненную ситуацию пациента, взаимоотношения его с окружающими людьми, их ожидания и требования по отношению к больному, способы разрешения им патогенной ситуации, характер используемых психологических защит и копинг-механизмов.

Как было отмечено при рассмотрении теорий возникновения психосоматических расстройств, диагностика психосоматического пациента должна организовываться как интерперсональная психосоматическая лаборатория. Это значит, что мы пристальное

внимание уделяем особо значимым, нарушенным отношениям (объектным отношениям) пациента, а также кропотливому анализу аффектов.

В отличие от традиционной психиатрической диагностики, где исследователь при описании аффектов использует в основном психопатологическую классификацию (эйфория, депрессия), у психосоматических пациентов мы стараемся изучать аффекты в интерперсональном контексте.

Эмоции дают индивиду информацию о состоянии его влечений или систем мотивации. Они обеспечивают психике «считывание» определенных влечений, сообщая об их активности и психологических последствиях. Тревога (как аффект) служит для психики сигналом опасности, которая может существовать вовне (собака гуляет по двору) или внутри (конфликт между потребностью и ограничениями внешней среды). Эмоции позволяют и другим «считывать» информацию о состоянии человека через телесные реакции. Такое считывание называется общением. Выражение лица и плач быстро сообщают матери об эмоциональном состоянии ребенка. А у подростка повышающийся уровень половых гормонов усиливает сексуальное влечение, появляется возбуждение, и он может неосознанно передавать свои желания другим.

Еще Фрейд описывал три варианта существования аффекта: конверсию, перенос и превращение в страх. Говоря о конверсии, он имел в виду, что непереносимый аффект из сферы психического переводится в сферу соматического измерения. При перенесении речь идет о том, что неизменный уменьшающийся аффект как таковой отделяется от непереносимых представлений и помещается в любом представлении, с помощью которого непереносимые представления подавляются.

В детском развитии жизнь чувств и фантазий проявляется преимущественно в так называемом аффек-

тивном языке органов; он присутствует до определенной степени также в жизни чувств нормального взрослого, особенно в состояниях страха и возбуждения и, например, при «ресоматизации» аффектов.

Существует распространенная версия, что некоторые аффекты являются врожденными. Сигнальную составляющую аффекта можно наблюдать уже после рождения. Имеется в виду интерперсональное сигнальное воздействие аффекта на людей, ухаживающих за младенцем.

В структуре объектных отношений имеется субъект, объект и желаемая интеракция между ними. В соответствии с тем, что испытывает Я по отношению к Другому, и со своим местоположением объекты переживаются и фиксируются как гастральные, тактильные, визуальные или ментальные сущности, большое значение в положительной оценке имеет гедонический оттенок ситуации во время первичной эмоции. Если определять аффекты как регулирующие отношения при помощи того же порядка, тогда соответствующее аффекту расположение всегда должно относиться к той области, в которой проигрывается взаимодействие.

I В психодинамической диагностике психосоматических { расстройств различают три группы аффектов: аффекты | регуляции отношений, переработки информации и рефлексии.

Регулирующие отношения аффекты служат преимущественно для определения необходимой и желаемой близости/дистанции с объектом, что имеет большое значение в клинике структурных и диадических нарушений отношений. Так, отвращение отражает желание: ты (объект) выходи из меня (субъекта) вон! Ярость отражает желание, чтобы объект исчез, а субъект при этом остался: эй, ты, скройся с глаз, а я остаюсь! Страх, напротив, связан с желанием отдалить субъект от области объекта, потребностью исчезнуть

самому. Печаль (скорбь) представляет собой желание снова реализовать уже однажды имевшееся взаимодействие с объектом в одной из четырех областей (гастральной, тактильной, оптико-аудиальной, ментальной). Отсутствие «злого» объекта сопровождается в момент его ясного ментального представления облегчением и радостью. Для радости характерно то, что текущая интеракция между субъектом и объектом должна продолжаться в том же русле.

К аффектам переработки информации относятся любопытство, интерес, удивление, которые признаны первичными эмоциями; эти аффекты служат тому, чтобы перерабатывать раздражители внешнего мира, а также понимать и поддерживать отношения с миром. Когда окружение, из которого они происходят, оказывается в целом доброкачественным и доброжелательным, то в ходе ранней социализации раздражители, исходящие от объектов, можно приспособить к мобилизации аффектов переработки информации. Если эта ассимиляция достаточна, то за счет нее усиливаются когнитивные функции, необходимые для переработки раздражителей. Следующая за мобилизацией удивления, любопытства, интереса переработка раздражителей удаётся настолько, насколько удовлетворительно осуществляются процессы взаимодействия между матерью и ребенком.

К аффектам рефлексии относятся вина, стыд, депрессия. Эмоции рефлексии базируются на интернализированных следах первичных эмоций. Стыд — это интернализированное отвращение к референтной группе или объекту, к которым человек считает себя принадлежащим. Значимые составляющие самости воспринимаются как неподходящие, а самость другого является точкой отсчета. Стыд разворачивается на двух уровнях: он может относиться как к активности саморазоблачения, так и к содержанию разоблаченного. Этот аффект рассматривается как гарант приватности и интимности. Желание показать себя и быть признанным в своей слабости лежит в основе потреб-

ности, которая затем ведет к возникновению стыда, так как субъект вместо полного принятия встречается с отказом, наталкивается на критику и отвержение. Способность испытывать стыд связана с наличием третьей персоны, с переживанием границ между внешним и внутренним, собой и другими, а также самостью и Эго.

Депрессия — это интернализированная ярость объекта, он не может избавиться от того, чего хотел бы избежать. Страх вины — это интернализированный страх объекта: чего он боится и от чего не может уклониться. Аффекты рефлексии являются предпосылкой относительно независимо функционирующих структур.

В последнее время выделяют еще аффекты мстительности. К ним относят обиду, озлобленность, гнев, злобу и вражду. Мотивационная составляющая этих аффектов направлена, как правило, на реванш, возмездие и месть. При этом речь нередко идет не просто о временном состоянии чувств, а в значительно большей степени, из-за склонности этого аффекта к взаимному проникновению, о длительном, направленном на возмездие и месть враждебном состоянии. Они часто определяют переживания пациента на годы и десятилетия. Как правило, для своего носителя эти аффекты являются эгосинтонными и не вызывают у него чувства вины. Обычно они переживаются, как «сочной случилась ужасная несправедливость». Так как эта несправедливость возникла уже в раннем детстве, а «плохие» объекты интроецировались, отделились и за счет этого лишились дальнейшей обработки, то аффекты мстительности являются архаичными, они настраивают на активные действия против, имеют тенденцию к разрядке, поэтому примирение не является категорией его переживания.

Трагедия детства, которая не может быть прощена и забыта, часто состоит в травмирующем унижении, которое происходит на преэдиповых фазах, проявляется в нарциссическом повреждении, в травмах, ко-

торые внезапно разрывают связанную с доверием к родителям детскую фантазию.

На эдиповой фазе на этом основании не принимается отцовский авторитет; значимые идентификации с родительскими объектами не происходят или осуществляются недостаточно, и развитие структуры Суперэго остается дефицитарным. Такие травматические унижения ведут в аффективном переживании ребенка к фиксированному ожесточению по отношению к виновнику унижения; эта злопамятность означает, что мотив мести постоянно «подпитывается» и может долгое время присутствовать в жизни.

Проиллюстрируем это нижеследующим примером.

УЧЕБНЫЙ ПРИМЕР № 19

Надежда, 32 года

Родилась в срок от первой беременности. Девочку рано отняли от груди. Ходить, говорить начала вовремя. Помнит себя с трех лет: в то время у родителей были жуткие скандалы. У отца были приступы ревности, и к тому же он часто приходил домой нетрезвый. Дочь часто сидела с мамой в коридоре и боялась зайти в комнату, где спал пьяный отец.

*Из воспоминаний Надежды. *Мне было очень страшно, жалко маму и плохо оттого, что я не могу ничего изменить*.*

Отца девочка очень любила и не могла понять, почему родители ругаются. Тяжело переживала развод родителей. Часто плакала по ночам, потому что было жалко папу. Потом на протяжении всей жизни ей очень не хватало отца. Она завидовала всем другим детям, которые могут общаться со своими папами. В семье у них оставалось двое мужчин: дядя по линии матери и дед — оба злоупотребляли алкоголем. Девочка очень тянулась к мужчинам, но дед уделял ей внимание, только когда она была маленькая. Потом он подходил к ней, только когда был пьяный и ему хотелось поговорить.

Надо отметить, что, в отличие от ее отца, когда дед или дядя выпивали, они становились веселыми и добрыми, и она не понимала, почему бабка так ругается.

В то же время она начала одновременно сосать палец и крутить волосы.

Вскоре и у дяди родилась дочка, и общение его с племянницей вообще сошло на нет. А ей очень хотелось мужского внимания, поддержки и защиты.

Потом мать переехала к бабке, которую девочка очень любила. Ей казалось, что она нужна только одной бабке. Она чаще всего

проводила с ней время, играла и баловала во всем — «полное безоценочное принятие».

Но летом на дачу съезжались другие бабкины внуки, ее двоюродные братья и сестры, и пациентка ревновала к ним бабу. Тогда ей казалось, что это предательство. Мать занималась с ней очень мало, она училась, ездила часто на сессии и работала. Девочке не хватало общения с ней. Она росла очень застенчивым, стеснительным ребенком.

Тогда же начались приступы упрямства, она не хотела совершать требуемых от нее действий, например раздеваться или обуваться, закатывала истерики, и чем больше с ней спорили, тем сильнее она плакала. Ей казалось, если она не настоит на своем, то проиграет, и никто ее не будет любить.

Ее не успокаивали, а оставляли одну, чтобы «не потакать» упрямству. Девочка могла плакать хоть два часа, пока не выполнят ее желание. Потом ее ругали, и она испытывала чувство вины за то, что такая упрямая.

Но иногда она плакала так сильно, что ей становилось трудно дышать. Она «как бы закатывалась»; как вспоминали родственники, у нее «закатывались» глаза, она бледнела и могла упасть в обморок.

Мать с бабушкой были испуганы этим, они решили, что девочка больна, и обратились к психиатру.

Комплексное обследование не выявило каких-либо органических отклонений.

Пациентка связывает беспокоящие проявления с психотравмирующей ситуацией, которую до сих пор остро переживает. Когда ей было примерно три года, ее постригли «налысо, против воли, чтобы гуще росли волосы», как ей потом объяснили. Замашили девочку в парикмахерскую, сказав, что они собираются сделать дочери красивую прическу.

При этом ее удерживали в кресле силой. И когда она плакала и просила маму отпустить ее, так как ей больно и страшно, та смеялась и говорила: «Что ты так расстраиваешься — скоро все отстет».

Девочке было тогда очень больно, она расценивала это как предательство и думала, «что вдвойне больней от людей, которых ты любишь и которым доверяешь».

Потом ей все время хотелось быть «плохой девочкой». «Может быть, чтобы отомстить, а может, чтобы отстоять свои права и доказать себе и другим, что я что-нибудь значу своим упрямством».

Начались симптомы повышенной тревожности. Когда они были в гостях у другой бабушки, в период засыпания девочка постоянно выдирала ей волосы.

Потом, когда не было времени укладывать внучку спать, с ней клали куклу, и девочка у нее крутила волосы.

И лишь намного позже, когда уже было стыдно спать с куклой, она стала пробовать крутить свои волосы.

Этот симптом имел место вплоть до подросткового возраста. Кроме того, окружающие щаметили, что она начала сосать палец.

Родственники пытались отучить ребенка от вредной привычки: мазали палец горчицей, запугивали, что у нее будет кривая челюсть, пугали, что отрубят палец, устраивали слезку, резко за-скакивали в комнату, чтобы поймать ее с поличным.

Потратив много энергии, поняли, что их усилия напрасны.

Ля чувствовала себя ужасно. Я думала, что делаю что-то непоправимое: становлюсь некрасивой, делаю себя калекой, высасываю всю кровь у себя из организма через палец. Но ничего не могла с собой поделать и продолжала по-прежнему.

Перед школой девочка стала реже общаться с бабушкой. Бабушке пришлось уехать в другой город ухаживать за двоюродным братом девочки, который заболел. Он был младше Надежды на три года, и у него обнаружили врожденный вывих бедер.

Мальчик долго находился в гипсе, ему сделали несколько операций. Все внимание было сосредоточено на нем. Ребенку прощали все шалости, которые он совершал, и баловали.

Девочка скучала по бабушке. Та делала все, что только внучка хотела. Заступалась за нее перед матерью, когда ребенок совершал какие-либо провинности, брала ее с собой на работу, ловила ей птиц и отдавала ей самые лучшие кусочки.

**В общем, можно сказать, что она делала меня самой счастливой и любимой. Тогда я чувствовала себя очень защищенной.*

В первый класс девочка пошла с удовольствием. Ей очень нравилась первая учительница. *«Все бы было хорошо, тот период был для меня розовым, если бы мать так по-садистски не мучила меня с уроками».* Она считала своим долгом стоять над ребенком и «истерически орать за каждую криво написанную палочку». Девочка чувствовала себя неполноценной из-за большой несправедливости по отношению к ней.

В пионеры ее принимали в первых рядах, и она этим очень гордилась, хотя до конца не верила, что это произойдет.

До четвертого класса Надежда училась довольно хорошо. Росла очень застенчивой. *«Я стеснялась знакомиться, ходить в магазин, выносить мусор».* Часто ее путали с мальчиком, возможно, из-за короткой стрижки. Но это ее не задевало, она любила играть с мальчишками, с девочками играла реже. *«Возможно, это было связано с тем, что мама хотела мальчика, а родилась девочка. И я всегда хотела быть сильной, чтобы можно было противостоять всем невзгодам и не распускать нюни».*

Далее в жизни девочки проследовала цепь неприятностей.

Из воспоминаний Надежды: «Меня поставили ответственной за уборку класса. Вернее, я должна была следить, убрали класс или нет, и поставить подпись у учителя на последнем уроке. Однажды я пришла домой и обнаружила, что забыла подойти к учителю, чтобы он поставил подпись. Мне было лень идти назад в школу, да и учителя я могла уже не застать. Я решила, что ничего не будет страшного, если я распишусь за учителя. Но когда учительница увидела подпись, она сказала, что она так не распишется, что я совершила преступление и подделала подпись. Я чувствовала себя ужасно. Мне казалось, что все на меня смотрят и осуждают. Я думала, что никогда не смою с себя клеймо позора. Мир рушился вокруг меня, и не было выхода, но маму о помощи я не просила. Думала, что никто не воспримет мои слова всерьез, как всегда, да и нельзя распускать нюни».

В это же время семья сменила квартиру, и дочь воспользовалась предложением матери перейти в другую школу, чтобы каждый день не ходить через опасные перекрестки.

Девочка приняла решение сбежать от конфликта.

В новой школе вначале все складывалось гладко. Наладился хороший контакт с учителями. Они ее считали умницей, так как училась Надежда довольно хорошо.

В группу к одноклассницам она тоже влилась легко. Девочки держались довольно обособленно от мальчиков, последние объявили им негласную войну.

Вначале Надежду это не очень беспокоило, но ближе к подростковому возрасту мальчики занялись просто травлей девочек.

Из воспоминаний Надежды: «После одного происшествия, нам с подружкой просто не было жизни. По случаю смерти Брежнева почти вся школа собралась в актовом зале для минуты молчания. У всех были такие серьезные лица, что мы с подружкой не выдержали и хихикнули. После этого началась настоящая травля. Все осуждали нас, говорили, что мы не патриоты и у нас нет ничего святого. Это была серьезная психотравмирующая ситуация, которая наложила отпечаток на всю мою жизнь».

Девочка жаловалась родителям, но они не воспринимали ее чувства всерьез. «Моя потребность в безопасности не была удовлетворена. И сейчас, в настоящее время, я отслеживаю, что часто ищу защиты у своих партнеров. Прячу свои истинные чувства глубоко, чтобы никто не мог меня ранить».

Боли в желудке впервые появились у девочки в начальных классах школы.

Врачи объясняли, что эти расстройства носят наследственный характер. У тетки и двоюродной сестры Надежды была язва двенадцатиперстной кишки.

Педиатры выставили диагноз «гастрит», но когда в четырнадцать лет, после сильных болей, ее решили отвезти в больницу и показать врачу, была обнаружена одна открытая и одна уже зарубцевавшаяся язва. Несколькими месяцами позже выявили также дискинезию желчевыводящих путей печени и пиелонефрит.

Девочка не испугалась и даже не расстроилась. Вокруг нее так все бегали и суетились, уделяли внимание, что ей это даже нравилось. Родственники стали контролировать питание.

Из воспоминаний Надежды: «Наша семья вообще отличалась пультом еды. Я думаю, это было связано с тем, что бабушка с дедушкой по маминной линии были выходцы с Украины. Всех имеющихся детей принято было пичкать чуть ли не насильно, ухищряясь разными способами. Кроме еды принято было контролировать каждый шаг ребенка, которого не считали взрослым вплоть до 30-летнего возраста. Сейчас, когда мне тридцать два года, мама по-прежнему мне говорит, что я не так готовлю суп и что я должна быть осторожней при переходе перекрестка».

После окончания школы Надежда уехала в другой город учиться. Ей было сложно вначале адаптироваться, но потом она привыкла. С одной стороны, она стремилась как можно быстрее вырваться из дома, с другой — ее тянуло домой, как только она сталкивалась с какими-либо трудностями. Начались первые жесткие диеты, чтобы похудеть.

Обстоятельства сложились так, что через год она все-таки вернулась домой. Какое-то время работала, но дома вскоре стало скучно. Надежда познакомилась с парнем и быстро вышла за него замуж. Мотивом вступления в брак послужило бегство из-под материнского контроля.

Из воспоминаний Надежды: «Но я ошиблась — не все так просто. Мне было восемнадцать лет, и я, конечно, не совсем была готова для замужества. Я была слишком инфантильна для своего возраста и слегка безответственна. Да и, пожалуй, еще не нагулялась. Мой муж был, напротив, человеком очень серьезным, ответственным и целеустремленным, чего во мне совсем не наблюдалось. К тому же он был старше меня на двенадцать лет. Короче, я переехала от одной мамочки к другой. Он так же навязывал свое мнение, пытался учить меня, был недоволен моим легкомысленным поведением и отсутствием у меня представления о смысле жизни. Но я думаю, что мне тогда это было не нужно. Да и отношения со свекровью не очень складывались. Она влезала во все наши дела, пытаясь во всем нас контролировать, так как жила одна и, похоже, мы были единственным ее развлечением. С мужем, в принципе, больших или серьезных конфликтов у нас не было, он был, в общем-то, хороший, добрый человек. Но сказыва-

лась разница в возрасте и отсутствие совместных интересов, и мне с ним было немного скучно. Примерно через год мы тихо-мирно развелись, вернее, я ушла к другому».

Второй муж был ровесником Надежды (она училась с ним в одном классе и когда-то раньше ходила к нему на свидания).

Вскоре Надежда забеременела. Родилась дочь, и она полностью посвятила себя домашним делам. Совместная жизнь поначалу ее устраивала, за исключением того, что муж много работал и часто был в отъездах.

Ухаживать за ребенком в основном приходилось самой. Мать работала и редко помогала дочери. Когда муж приезжал, он был хорошим отцом. Свекрови у Надежды не было, но зато у мужа был старший брат, «который был хуже любой свекрови».

Из воспоминаний Надежды: Юн указывал мне, как одеваться, критиковал нас за все, что мы делали. Влезал везде, где только мог, вплоть до того, что учил меня готовить и причесываться. Он был очень богатым и влиятельным в то время, да и старше меня, и поэтому я боялась ему возразить. Хотя я понимала, что с психическим здоровьем у него было не все в порядке. Он был помешан на чистоте вплоть до паранойи и страдал, по моим наблюдениям, манией преследования. До сих пор я испытываю неприятные чувства, когда говорю или вспоминаю о нем. Он, естественно, не был женат, да и никогда, наверное, уже не женится, поэтому у него оставалось много сил и энергии на нас. Хотя мы жили отдельно, я всегда чувствовала его присутствие. Муж часто попадал под его влияние, и мне это ужасно не нравилось. Я считала, что он не может ему противостоять как мужчина, а слабость я не прощала никому».

После рождения ребенка Надежда располнела. Она весила 67 кг при росте 1,64 м. Когда ребенку исполнилось пять лет, она сбросила вес диетами до 55 кг. Но это ее не устраивало. Диеты становились все жестче и жестче: две моркови в день. Съев что-либо помимо диеты, пациентка испытывала чувство вины и нередко вызвала рвоту. Это продолжалось около года. Когда вес достиг сорока семи килограмм, она постепенно бросила это занятие.

Со временем она стала понимать, что уже больше не любит своего мужа. Но уходить от него не собиралась, так как считала, что может разрывом причинить боль ребенку. С другой стороны, ей было страшно оставаться одной и обеспечивать себя самостоятельно. Прожив много лет под чьим-то неусыпным контролем, ей трудно было взять ответственность за свою жизнь.

Постоянные ссоры, скандалы, сцены ревности, вплоть до драки, приближали разрыв супружеских отношений. Прожив вместе около семи лет во втором браке, Надежда опять ушла к другому мужчине.

Выбор третьего мужа уже был более осознанным с ее стороны. У них было очень много общего: совпадали цели, интересы. Началась спокойная размеренная жизнь. Но иногда она испытывала приступы тоски.

Из воспоминаний Надежды: «Мне не хотелось ничего делать, я чувствовала слабость во всем теле. Ничто не радовало и все казалось бессмысленным. Но это не было связано с моим мужем. Может, это был кризис середины жизни — экзистенциальный кризис. А может, мне не с чем было бороться, и поэтому не было энергии».

Надежда, поступив в институт, вновь получила обострение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и обратилась к психотерапевту.



Трихотилломания — навязчивое выдергивание волос

Анализируя данный случай, следует подчеркнуть, что психосоматическое расстройство представляет собой пример мультиморбидности. Наследственность отягощена язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки со стороны ближайших родственников. С детства выявлялось невротическое реагирование в виде регрессивных симптомов, таких, как сосание пальца, трихотилломания, истерическое реагирование на отказы. Обострение язвенной болезни возникало как реакция на различные стрессовые события. Алекситимический блок возник в результате постоянного контроля родителей над эмоциями ребенка и значимых Других ее микросоциального окружения. Аффект мстительности и детские обиды возникли очень рано и присутствуют до сих пор в клинической картине пациентки. Присутствует фрустрация потребности в защищенности. С одной стороны, пациентка хочет быть самостоятельной, с другой, постоянно попадает в зависимость от другого человека. Сформировался ряд жестких иррациональных установок. Надежде трудно «переварить» свои обстоятельства.

Кроме этого, в диагностических целях следует прояснить следующие вопросы, касающиеся аффектов.

- Можно ли на основе рассказа определить ведущую тему конфликта отношений (особо значимые отношения по Мясищеву)?

- Можно ли раскрыть ведущий аффект при помощи анализа центрального конфликта отношений?

Выявление особо значимой для пациента темы и проработка ее в процессе психотерапии позволяет сократить время лечения

В отличие от заболеваний первой оси, при психосоматических расстройствах вряд ли будут наблюдаться отклонения в мышлении, интеллектуальной сфере или другие выраженные психопатологические отклонения. Если такие проявления имеют место и исследователь испытывает затруднения при их верификации, то следует использовать такой диагностический инструментарий, как структурное интервью Кернберга (Приложение 7) или обратиться за консультацией к психиатру.

Далее переходим к анализу уровня развитая личности.

Психоаналитическая концепция декларирует, что каждого человека можно описать как имеющего определенный уровень развития личности (психотический, пограничный, невротический) и тип организации характера (истерический, параноидный, депрессивный и т. д.). Это будет означать, что данному человеку свойствен и определенный паттерн импульсов, тревог, защитных механизмов и объектных отношений, который в травмирующей ситуации, превосходящей адаптационные возможности индивида, может обусловить декомпенсацию в виде соответствующего расстройства. Сущность структуры характера не может быть осознана без понимания двух различных и взаимодействующих друг с другом измерений — уровня развития личностной организации и защитного стиля внутри этого уровня (табл. 4). Для того чтобы исследователю было легче понять особенности каждого уровня нарушения, в таблице (Приложение 8) в краткой форме представлены их характеристики.

Таблица 4. Уровень развития личности

Измерение уровня развития	Уровень от невроза до здоровья Интеграция идентичности и константность объекта Эдипов по Фрейду Инициативность или вина по Эриксону	Пограничный уровень Сепарация-индивидуация Анальный по Фрейду Автономия или стыд и неуверенность по Эриксону	Психотический уровень Симбиоз Оральный по Фрейду Базовое доверие или недоверие по Эриксону
Типологическое измерение			
Психопатический			
Нарциссический			
Шизоидный			
Параноидный			
Депрессивный			
Мазохистический			
Обсессивный			
Компульсивный			
Истерический			
Диссоциативный			
Прочие			

От диагностики уровня развития личности психосоматического пациента будет зависеть объем дальнейших психотерапевтических и реабилитационных мероприятий. Традиционной ошибкой в реабилитации служит назначение краткосрочной психотерапии пациентам пограничного уровня.



Учитывая сложность усвоения материала по диагностике уровней нарушений и типов организации характера, студенту в обязательном порядке при подготовке к семинарским занятиям необходимо прочесть книгу Мак-Вильямс «Психоаналитическая диагностика» (1998). Это одна из редких книг, где психодинамические теории изложены доступным языком.

Следующий момент в оценке психосоматического пациента касается диагностики копинг-механизмов и психологических защит. Интерес к «здоровым» сторонам личности становится весьма популярным среди специалистов по психическому здоровью. Язык научной литературы отражает это явление в следующих понятиях: функциональный диагноз, ресурс,

стратегии преодоления трудностей (копинг-поведение, копинг-механизмы), позитивный подход в описании симптомов, позитивная трактовка симптомов (positive connotation), позитивный рефрейминг и др., подчеркивая различные аспекты системного подхода к личности, способность к постоянному развитию и обогащению.

| Под английским термином *scoping* подразумевается процесс конструктивного приспособления, в результате которого данное лицо оказывается в состоянии справиться с предъявленными требованиями таким образом, что трудности преодолеваются и возникает чувство роста собственных возможностей, а это, в свою очередь, ведет к положительной самооценке.

Выяснение ресурсов личности, наличие светлых промежутков, когда не наблюдалось симптоматики — необходимое звено диагностики. Варианты ресурсных вопросов представлены в Приложении 8.

О степени зрелости личности будет свидетельствовать и его самооценка.

Самооценка — это процесс когнитивной и аффективной оценки собственной личности. Только благодаря повторяющейся самооценке у человека складывается сравнительно устойчивое отношение к собственной личности, которое проявляется в самоуважении.

В качестве резюме предлагаем еще один учебный пример.

УЧЕБНЫЙ ПРИМЕР № 20

Нина, 35 лет

К семейному психотерапевту обратилась по поводу проблем учебы своего старшего сына. Живет вместе с мужем Михаилом, двумя сыновьями — Дмитрием, 13 лет и Максимом, 5 лет, матерью Натальей. Потеряв работу на заводе, Нина занимается вместе с мужем мелкооптовой торговлей. Мать страдает алкоголизмом, муж здоров.

Семейный анамнез. Прародителей никогда не видела. Бабка по линии отца умерла в возрасте 21 года после родов двойни, из которых выжил только один отец. Дед по линии отца женился вторично, от второго брака у него было еще шесть детей. Старший сын от первого брака отца пациентки был принят в новую семью, долго не знал, что его воспитывает мачеха, а не родная мать.

Пациентка родилась от второго брака отца. В первом браке у него был сын, о существовании которого она узнала совсем недавно. Отец не поддерживал отношения со своими единокровными братьями и сыном от первого брака, хотя всегда тепло о них отзывался. По профессии был судовым механиком, поэтому часто отсутствовал дома. Он умер в 1994 г. от рака печени в возрасте 67 лет.

Мать пациентки сирота. По профессии повар. Страдает сахарным диабетом и ожирением, а в настоящее время алкоголизмом. У нее были брат и сестра, первый потерялся при переезде из Татарии. В семье о нем известно, что он Герой Советского Союза. Сестра матери проживает в Ленинградской области.

Старший брат пациентки на 8 лет ее старше, живет отдельно, по профессии судовой механик. В детстве между братом и сестрой были теплые отношения. Брат женат, имеет двух дочерей 8 и 7 лет.

Когда пациентка была беременна первым ребенком, брат поссорился с женой, оставил семью, уехал работать на Камчатку. Когда старшему сыну пациентки исполнилось 4 месяца, она навестила невестку. Племянницы с удовольствием играли с ее сыном. Потом невестка уехала на Камчатку за мужем, и с тех пор от них практически не было известий. За 3 дня до смерти отца Нина заказала переговоры с братом. На переговоры пришла золовка, сказала, что денег на дорогу у них нет, оказать помощь они не могут, муж находится в рейсе. Выказала недоумение по поводу звонка из Ленинграда. Пациентка обиделась на своих дальневосточных родственников, и когда умер отец, она даже не хотела давать телеграмму. Муж сделал это за нее. В ответ получили соболезнование и вскоре после этого — просьбу бабке выслать деньги ко дню рождения внучек (на имя невестки, так как ее сын большую часть времени находится в море).

При рождении Нины матери было 35 лет, отцу — 40. Беременность и роды прошли без особенностей. Грудное вскармливание до 3,5 лет. Психомоторное развитие по возрасту. Мать по характеру доминантная, властная, воспитывала дочь в строгости. Когда девочке было 6 месяцев, ее отдали в ясли, но мать с работы бегала ее кормить грудью. Нина до сих пор помнит вкус молока. Отец любил и баловал ребенка. Когда он уходил в рейс, мать угрожала отравить пищу или отправить девочку в детский дом. Дочь часто подвергалась побоям: в присутствии отца мать ее била исподтишка, в его отсутствие — открыто. Свою агрессию сопровождала следующими словами: «Ты поджигатель, и из-за тебя все сканда-

лы в доме». О том, что такое «поджигатель», девочка узнала во втором классе, увидев картину о Зое Космодемьянской, где она изображена с петлей на шее и табличкой «поджигатель». Отец о «педагогических изысках» супруги не догадывался.

Из ранних воспоминаний пациентки: «Мать принесла из магазина копченую рыбу. Я съела кусок, думая при этом, что мать, вероятно, еще не успела отравить продукт. Еще одна сцена: мать имитирует мою отправку в детский дом, меня охватывает чувство безысходности и покорности».

Нина отмечает, что с детства у нее был плохой аппетит, и родители ее принуждали есть. В школу пошла вовремя. Часто болела ангинами. Когда пациентке было 13—14 лет, родители сильно ссорились и «грязно» ругались. Мать обвиняла мужа в изменах, и тот предпочитал ночевать на пароходе. В этот период вся семья жила порознь: брат учился в «мореходке», а пациентка ушла жить в семью знакомых своих родителей.

Этот период Нина вспоминает с удовольствием: «Было тепло и уютно. Я убирала в доме, готовила еду, но есть садилась, когда приходили взрослые. Отец и брат меня часто навещали в этом доме».

Месячные с 12 лет. Всегда тяжело переносила овуляцию: в течение 4 дней наблюдались боли. Набирать вес девочка начала за полгода до начала месячных. В четвертом классе весила 45 кг, в пятом — 67. Полной была до десятого класса, но благодаря занятиям спортом похудела до 58 кг.

Из воспоминаний Нины: «Мы были в походе. Молния ударила в то место, где мы хотели разбить палатку для ночлега. Утром обнаружили яму с пеплом. Девочки молились и плакали, я отказалась от еды. Был эпизод, когда я разговаривала во сне. От вида пищи меня стало тошнить. Появилось ощущение «большого языка», который не умещался во рту. Я ослабла, обратилась к врачу. Врач поставил диагноз «дистрофия», назначил церукал. На фоне лечения стала понемногу есть. Еще я съездила к подруге в деревню. Как-то ее бабушка сварила деревенской картошки, с этого момента у меня восстановился аппетит».

Вес 56—58 кг сохраняла до 22 лет. Закончила промышленно-экономический техникум. Замужем с 21 года. Первый сын, Дмитрий, родился, когда ей было 22 года. Перед первыми родами она весила 85 кг, через год похудела до 76 кг. Когда старшему сыну был 1 год и 10 месяцев, она лечилась от избыточного веса с помощью иглорефлексотерапии и похудела на 18 кг. Вскоре ребенок тяжело заболел и был госпитализирован. На фоне сильных переживаний и страха неизвестности у пациентки появились рвоты, поносы, отказы от пищи и страх замкнутого пространства. Мальчику долго не могли поставить диагноз. Затем обнаружили почечную патологию и поставили на учет к нефрологу.

В период между первыми и вторыми родами делает 5 аборт. Вторые роды в 30 лет. Родился сын Максим. Поправилась до 104 кг. Периодически обращалась к терапевту, невропатологу по поводу головных болей, приступов головокружения и тошноты. Получала курсы мануальной терапии по поводу распространенного остеохондроза, вегетососудистой дистонии, вертеброгенного шейного сосудистого синдрома с явлениями вестибулопатии, хронической спондилогенной торакалгии и люмбагии. В июне 1999 г. ее направили к психотерапевту. При обращении жаловалась на резкое ухудшение самочувствия, выражающееся в приступах зевоты, резкой сонливости, общей слабости и на внезапные позывы к стулу, серии поносов, приводящих к резкой слабости. Подобные приступы начались с апреля 1999 года, появление их больная связывает с эмоционально-стрессовой психотерапией по методу Довженко. Сеанс был проведен по поводу избыточного веса. Интенсивность приступов нарастала, и к маю того же года пациентка практически перестала есть, пила только воду. В конце мая обратилась в фирму, где проходил сеанс «снятия кода». По рекомендации невропатолога получала пантогам и сиренид от головных болей. Они значительно уменьшились после проведения сеансов мануальной терапии. Около 1,5 месяцев чувствовала себя хорошо, но с 13 июля симптоматика возобновилась. Описала психотерапевту три типа приступов: 1) тошнота, рвота, резкая слабость («до туалета не дойти»); 2) «закрываются глаза, появляется зевота и на этом фоне нарастает общее возбуждение»; 3) выраженная дрожь во всем теле, особенно в нижней челюсти, при этом больной помогает, если муж крепко обхватит руками и держит — в этом случае приступ проходит. При детальном опросе выявлено, что эти приступы появляются в первый день менструаций или в период полнолуния. Во время первого контакта с психотерапевтом была напряженной, настороженной. Предпочитала лекарственную терапию. Назначение диенцефальной смеси и диакарба привело к выраженной редукции симптоматики, что повысило доверие к специалисту и позволило начать личностно-ориентированную (реконструктивную) психотерапию. Кроме традиционного подхода, описанного Карвасарским, Исуриной, Ташлыковым, была присоединена символдрама. Параллельно проведен дополнительный курс пантогама и SN (пищевая добавка, содержащая вегетостабилизирующие компоненты). Основной курс психотерапии включал 10 сессий с июля 1999 по январь 2000 года. На фоне данного лечения приступы стали единичными, протекали легко. В процессе терапии у специалиста возникла гипотеза о возможности условнорефлекторного и установочного запуска приступов, а также их купирования. Так, например, симптоматика возникала при одной только мысли о том месте, где ей было плохо. Кроме того, состояние улучшалось, когда пациентка звонила своему психотерапевту. С января 2000 года по ноябрь проводилась поддерживающая психотерапия с периодичностью 1 раз в 2—4 месяца. На каждом последующем сеансе пациентка никогда не возвращалась к

психотерапевтическому материалу предыдущих сессий. Приступы были крайне редкими, совпадали с периодом овуляции и беспокоили обычно с 22 до 23 часов или в 4–5 часов утра. В течение последнего года встречи с психотерапевтом прекратились из-за смены места проживания врача.

Боишься оставить мать одну, так как та может напиться. На фоне болезни младшего сына и пребывания его в больнице в сентябре 2002 года ей стало вновь хуже, появились эпизоды удушья. В этот же период старший сын стал прогуливать уроки в школе.

Анализируя историю жизни пациентки, можно заметить, что ее симптоматика возникла в результате сочетанного воздействия множества факторов: дисфункционального семейного окружения, низкой фрустрационной толерантности, условно-рефлекторного закрепления симптоматики и т. д. Психотерапевт, лечившая пациентку, правильно выбрала тактику сочетания биологической и личностно-ориентированной психотерапии, у них сложился адекватный терапевтический альянс. Катамнестические наблюдения подтверждают значительное улучшение состояния пациентки. Последующая стратегия ведения семьи такова: через «идентифицированного пациента» Дмитрия присоединиться к семье как к системе и улучшить ее функционирование. Нине рекомендовать другого психотерапевта для прохождения повторного курса краткосрочной индивидуальной психотерапии.

В предоставляемом ниже диагностическом алгоритме суммированы наиболее важные вопросы, обсуждаемые во время диагностической фазы лечения психосоматических пациентов.

ПЕРВОЕ ИНТЕРВЬЮ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМ ПАЦИЕНТОМ НА ПРИМЕРЕ АЛИМЕНТАРНОГО ОЖИРЕНИЯ

Таблица 5

№ п/п	Наименование пункта интервью	Комментарии
1	Присоединение	Используются приемы присоединения, описанные в руководствах по индивидуальному и семейному консультированию
2	Определение проблемного поведения	Я бы хотел, чтобы вы подробнее об этом рассказали. Как вы оцениваете эту проблему? (Попробуйте взглянуть на проблему глазами пациента; например, что он делает, что у него не получается, указывал ли ему кто-либо ранее на наличие психологического компонента в его проблеме)

Продолжение табл. 5

№ п/п	Наименование пункта интервью	Комментарии
3	Степень тяжести проблемы	Изучение общей картины проблем (симптома) пациента, его отношения к ним (эгодистонное, эгосинтонное расстройство). Необходимо оценить восприятие сложности проблемы пациентом, особенно при консультировании подростков, так как может оказаться, что волнует пациента не она, а, например, повышенная утомляемость при учебе. «Насколько эта проблема для вас представляет затруднения?» Оценка тяжести проблемы близкими людьми
4	Мониторинг обострений заболевания	Получение биографических, диагностических и анамнестических данных
5	Наличие других эмоциональных и поведенческих расстройств	Исследуется феномен коморбидности
6	Обращение к каким-либо аналогам компульсивного поведения	Азартные или компьютерные игры, промискуитет (беспорядочные половые связи), еда (переедание или голодание), чрезмерная работа, поиск острых ощущений, наркотики
7	Оценка получаемых субъективных выгод от переедания по сравнению с субъективными жертвами	Взвешивание за и против
8	Оценка принятия ответственности за болезнь, оценка преобладающего локус-контроля	Чей запрос скорее служит стимулом к лечению: родительский, ситуативный, собственный
9	Компульсивное влечение	Компульсивное влечение существует постоянно, меняя поведение пациента, подчиняя себе поведение, устраняя противоречия в борьбе мотивов
10	Обсуждение занятости и/или распоряжения деньгами	В ряде случаев психосоматические пациенты, как и наркоманы, не способны целесообразно распоряжаться деньгами и временем
	Поощрение воздержания от еды	Выяснить у пациента, кто поддерживает ограничение в еде и какими способами (члены семьи, друзья и др.)
12	Поиск альтернативного достижения состояния комфорта	Проработка состояний или ситуаций, которые избегались с помощью еды. Создание запроса состояний или ситуаций, при которых пациент чувствовал бы себя наиболее комфортно. Разработка плана конкретных действий без избыточного приема пищи
13	Обсуждение стрессоров и способов совладения с ними	К стрессорам относятся те внешние факторы, к которым пациент должен адаптироваться (например, деятельность, взаимоотношения, дети). Установление степени устойчивости к стрессу, выяснение способов совладения со стрессорами. Консультант должен определить взаимосвязь конкретного стрессора и процесса выздоровления, например: «Это повлияло на ваше желание злоупотреблять едой?», «Что вы можете сделать вместо того, чтобы переесть?», «Как это влияет на ваше выздоровление?»

Окончание табл. 5

№ n/p	Наименование пункта интервью	Комментарии
14	Определение дисфункциональных когнитивных схем пациента, касающихся еды	Это относится к тем когнитивным моделям, в которых терапевт опознает дисфункциональные когнитивные
15	Рассмотрение последствий злоупотребления едой	Прием пищи в процессе психотерапии и в дальнейшей жизни. Очень часто пациенты предполагают возможность разовых злоупотреблений
16	Поощрение принятия личной ответственности за выздоровление	«Кто несет ответственность за ваше выздоровление?» Важно разделить ответственность и обсудить долю ответственности пациента
17	Обсуждение конкретных дисфункциональных отношений	Интерперсональные отношения: с родителями, с лицами своего и противоположного пола
18	Обсуждение семейных тем и правил	Контроль за едой, алкоголизм в семье и т. д.
19	Обращение внимания на динамические темы пациента	Выявление фиксации на различных этапах индивидуального развития
20	Изучение центральной (ядерной) конфликтной темы отношений	Исследуются эмоционально значимые отношения больного в его микросоциальном окружении и чаще всего звучащая тема в рассказе пациента
21	Исследование аффективной сферы	Изучаются аффекты отношений, рефлексии и т. д.
22	Мониторинг эмоциональных триггеров (чувств, которые могут приводить к перееданию)	«Какие чувства побудили вас добыть еду?» (обида, злость, отчаяние, боль и т. П.)
23	Обсуждение сотрудничества пациента или его сопротивления лечению	Оценка негативных изменений (личностных, социальных, биологических), произошедших в период направления на психотерапию
24	Обсуждение разных аспектов отношений пациента с консультантом	Выяснение, готов ли пациент в дальнейшем сотрудничать с вами или нет. Подчеркивание наиболее важных проблем, которые могли бы послужить ключом к психотерапии
25	Заключительные соглашения	Постановка гипотез и формулирование психотерапевтического запроса
26	Подписание контракта	Подписание контрактов о сотрудничестве. В отличие от пациентов с аддиктивным поведением, чаще проводится в устной форме

После того как психотерапевт сформулировал гипотезу, его следующий шаг — составление терапевтического контракта с пациентом (определение условий курса психотерапии). Это осуществляется путем выяснения связи между симптомом и событиями жизни пациента и постановки дилеммы изменений. Если симптом используется как секретное оружие в тайной борьбе или закрепляется в постоянно повторяющемся цикле взаимодействия, всякие попытки облегчить его, скорее всего, будут заранее обречены на неудачу. Психотерапевт в таком случае оказывается в парадоксальном положении: пациент просит его ликвидировать симптом у «идентифицированного пациента», но сопротивляется изменениям.

С системной точки зрения изменение является не единственным решением предъявляемой проблемы, а дилеммой, требующей разрешения. Принципиальный вопрос психотерапии заключается не в том, как избавиться от симптома, а в том, что произойдет, если он исчезнет. Дискуссия переносится с обсуждения того, кто является носителем симптома, что его вызывает и как от него избавиться, на то, как без него будет функционировать пациент, его семья и какую цену придется заплатить микросоциальному окружению за его исчезновение.

**1 Задача психотерапии состоит не только в избавлении от ||
j симптома, но и в определении «психологической» цены ||
j за его исчезновение. ||**

В ходе заключительной части интервью следует:

- выявить влияние на пациента других систем (школы, работы, ровесников, семей родственников);
- определить, какие члены семьи смогут сотрудничать с психотерапевтом, а кто будет сопротивляться изменениям;
- убедиться в способностях и возможностях (физических, психологических) психотерапевта для работы с этим пациентом;

Принципы и методы проведения психосоматических психотерапевтических сеансов

- обратить внимание на свой собственный эмоциональный ответ на контакт с пациентом — есть ли ощущение закрытости, защищенности, напряжения; проверить мотивацию пациента на получение психологической помощи.

В конце встречи специалист выясняет, имеются ли у пациента какие-нибудь вопросы к нему. В заключение психолог благодарит пациента и подчеркивает, что получены важные для психотерапии сведения, и, в случае необходимости, предоставляет диагностические гипотезы. Затем с пациентом обсуждаются дальнейшие шаги, даются рекомендации о дополнительных психодиагностических обследованиях, назначается следующая встреча или заключается контракт о психологической помощи.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Мы с вами, дорогой студент, совершили путешествие по «основам психосоматики»; пропедевтика — их родная сестра. Как было видно из представленного материала и клинических иллюстраций учебника, определить причину психосоматического расстройства достаточно сложно, так как этиологические факторы суммируются и дополняют друг друга.

Так же нелегко разделять анамнез болезни и анамнез жизни, что обычно практикуется в клинической медицине. В отношении данного контингента пациентов, где симптоматика сопровождает стрессовые и кризисные периоды жизни, хочется вспомнить слова классика: «Болезнь — это стесненная в своей свободе жизнь». Мы поддерживаем тенденцию западных коллег называть историю болезни историей пациента. Для того чтобы не попасть под влияние какой-либо одной точки зрения или теории, автор придерживается принципа мультимодальности. Этот принцип включает и клиническую многоосевую диагностику, и многомерную постановку гипотез, что облегчает последующее планирование и проведение психотерапии.

Если еще десятилетие назад ведущими концепциями происхождения психосоматических расстройств были психодинамические теории, то в начале третьего тысячелетия в связи с укреплением интегративных тенденций они не потеряли своего значения, но, скорее, служат основой психодинамического мышления специалиста.

Идея интериоризации, предложенная Выготским в культурно-исторической концепции, нашла свое место на другом витке развития науки в теории объект-

Заключение

ных отношений. Исследование в «межличностной лаборатории» нарушений ядерных конфликтных тем и отношений к объектам (особо значимых отношений личности) все более сближает позиции западных авторов с теоретическими взглядами и практикой петербургской школы психотерапии.

В терапии психосоматических расстройств мы также придерживаемся интегративного подхода, сочетающего психодинамическую психотерапию с когнитивно-поведенческой и семейной.

Открытость новому опыту, ежедневная практика и чтение теоретической литературы, как по предмету, так и по каждому пациенту, позволит вам стать и хорошим диагностом, и хорошим терапевтом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Александровский Ю. А.* Пограничные психические расстройства. М., 2000.
2. *Аммон Г.* Психосоматическая терапия. СПб.: Речь, 2000.
3. *Ананьев В. А.* Человек как психосоматическая система // Валеология человека. СПб., 1996. Т. 1.
4. *Антропов Ю. Ф., Шевченко Ю. С.* Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков. СПб.: Речь, 2002.
5. *Браун Дж., Кристенсен Д.* Теория и практика семейной психотерапии. СПб: Питер, 2001.
6. *Бройтигам В., Кристиан Я., РадМ.* Психосоматическая медицина. М., 1999.
7. *У. Дунаевский В. В.* Психотерапия и психосоматика. СПб., 1999.
8. *Исаев Д. Я.* Психосоматические расстройства у детей. СПб., 2000.
9. *Карвасарский Б. Д., Простомолотов В. Ф.* Невротические расстройства внутренних органов. Кишинев, 1988.
10. *Кармин А. С., Бернацкий Г. Г.* Философия. СПб., 2001.
11. *Керберг О.* Тяжелые личностные расстройства. М., 2000.
12. Клиническая психология // Под ред. М. Перре, У. Бауманна. СПб., 2002.
13. *Кулаков С. А.* На приеме у психолога — подросток. СПб., 2001.
14. *Кулаков С. А.* Практикум по супервизии в консультировании и психотерапии. СПб., 2002.
15. *Лаврова О. В.* Глубинная топологическая психотерапия: идеи о трансформации. Введение в философскую психологию. СПб., 2001.
16. *Лейтц Г.* Психодрама: Теория и практика. Классическая психодрама Я. Л. Морено. Пер. с нем. М., 1994.
17. *Любан-Плоца Б., Пельдингер В. Крегер Ф.* Психосоматические расстройства в общей медицинской практике. СПб., 2000.
18. *Мак-Вильямс Н.* Психоаналитическая диагностика. М., 1998.
19. *МакДугалл Д.* Тысячеликий Эрос. СПб., 1999.
20. *Обухов Я. Л.* Глубинно-психологический подход в психотерапии психосоматических заболеваний // Символдрама и современный психоанализ. Харьков, 1999.
21. *Простомолотов В. Ф.* Комплексная психотерапия соматоформных расстройств. Кишинев, 2000.
22. *Простомолотов В. Ф.* Соматоформные вегетативные дисфункции: клиника, патогенез, терапия. Дисс. на соискание уч. степ. докт. мед. наук. СПб., 2002.
23. Психосоматика. Хрестоматия. Минск, 1999.

24. Психотерапевтическая энциклопедия / Под редакцией Б. Д. Карвасарского. СПб.: Питер Ком, 2000.
25. Психотерапия // Под ред. Б. Д. Карвасарского, 2-е изд. СПб.: Питер, 2002.
26. Семенов С. /7. ГОР. Система психофизического самосовершенствования в ключе аутентификации. СПб., 2002.
27. Семенов С. П. Мотивационный анализ: Психотерапевтическая версия. СПб., 2001.
28. Символодрама. Сборник научных трудов. Минск: Европейский гуманитарный университет, 2001.
29. Смуглевич А. Б. Психосоматические расстройства. Руководство по психиатрии // Под ред. А. С. Тиганова. М.: Медицина, 1999. Т. 2., С. 466—489.
30. Соколова Е. Г. Психотерапия: теория и практика. М., 2001.
31. Тодд, Джудит, Богарт Артур К. Основы клинической и консультативной психологии. СПб, 2001.
32. Тополянский В.Д., Струковская М. В. Психосоматические расстройства. М.: Медицина, 1986.
33. Хайгл-Эверс А., Хайгл Ф., Отт Ю., Рюгер У. Базисное руководство по психотерапии. СПб., 2001.
34. Холмс П. Внутренний мир снаружи: Теория объектных отношений и психодрама. М., 1999.
35. Черников А. В. Системная семейная терапия: Интегративная модель диагностики. М., 2001.
36. Шутценбергер А. Синдром предков. Трансгенерационные связи, семейные тайны, синдром годовщины, передача травм и практическое использование геносоциограммы. М.: Изд-во Института психотерапии, 2001.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1 ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ И СИНДРОМЫ У ДЕТЕЙ (ИСАЕВ, 2001)

У детей дошкольного и школьного возрастов проявления психосоматических расстройств становятся разнообразнее и сложнее. Наряду с уже указанными расстройствами аппетита, тучностью, запором, недержанием кала могут возникнуть бронхиальная астма, вегетососудистая дистония, расстройства желудочно-кишечного тракта, боли в конечностях, расстройства дыхания, головные боли, необъяснимая лихорадка, кожные поражения, недержание мочи и другие соматические заболевания, обусловленные нервными потрясениями.

Головная боль. У детей раннего возраста судить о наличии головных болей можно лишь косвенно по беспокойству, прикладыванию рук к голове, только после 4—5 лет дети могут осмысленно пожаловаться на боль в голове. Последняя своим происхождением может быть обязана мигрени, стрессовой реакцией, мышечному напряжению. Однако следует иметь в виду, что головная боль может быть проявлением многих заболеваний. В связи с этим, только исключив так называемые органические заболевания: последствия травмы головного мозга, опухолевые или воспалительные заболевания, общие болезни — можно искать зависимость между головной болью и эмоциональным напряжением. Такая зависимость обнаруживается более чем в половине случаев. У детей в результате усталости, волнений может, постепенно усиливаясь, появиться головная боль. Она может носить тупой

характер и продолжаться в течение дня или более. Болевым ощущениям нередко предшествуют тошнота, рвота, бледность кожи, потливость, светобоязнь, отек век, изменения настроения. «Мышечная головная боль», связанная своим происхождением со сокращению мышц, встречается у детей довольно часто. Первоначально появляются неприятные ощущения и боли в мышцах шеи, плеч, затылка, а затем они распространяются и на передние области головы. Все это может продолжаться несколько дней и даже недель, иногда сопровождаясь тошнотой, рвотой и головокружением. Мигрень наблюдается у 4—7,5% детей. Чаще она начинается после 10 лет, однако это может произойти и в 3 года. В семьях этих детей обычно имеются родственники, страдающие мигренью. Сами дети интеллектуально развиты, психически неустойчивы, мнительны, раздражительны, добросовестны, внутренне напряжены, малообщительны, с выраженными нервными вегетативными реакциями. Приступы мигрени связаны с реакцией сосудов в различных отделах головного мозга, и в зависимости от этого могут быть головокружение, нарушение зрения (мелькание, преходящая слепота), расстройства речи, чувствительности и моторики. На этом фоне возникают пульсирующие и колющие боли, за которыми нередко следуют внезапно развивающееся косоглазие, сердцебиение, боли в животе, тошнота, рвота, понос, потливость, кратковременные параличи. Наиболее частый провоцирующий фактор — стресс, но иногда им может оказаться физическое напряжение, шум, голод, изменение погоды, просмотр телевизионной передачи или кинофильма. У 35-40 % детей заболевание завершается через 5—6 лет.

Лихорадка неясного происхождения. У 70% детей грудного возраста и у 3-14 % более старших детей может наблюдаться либо относительно непродолжительное значительное повышение температуры тела (иногда до 39-40°), либо длительная лихорадка, не превышающая 37—38°. Такое повышение температуры тела

рассматривают как неясное, если не обнаруживают общие инфекционные заболевания или местные воспалительные процессы, а также если температуру тела не измеряли после еды, физической нагрузки, сна или перегревания. При нарушении нервной регуляции теплообмена или ее врожденном несовершенстве лихорадка возникает под влиянием переживаний. У маленьких детей это наблюдается при отрыве от семьи, например при помещении в больницу. При возвращении домой температура тела у таких детей нормализуется. Нередко у дошкольников и школьников лихорадка выявляется случайно при общем хорошем состоянии или в сочетании с повышенной утомляемостью, слабостью, однако и в этих случаях дети не теряют жизнерадостности, интереса к развлечениям и играм. Часто (в 50—80 %) у детей с длительным повышением температуры тела наблюдаются функциональные расстройства сердечно-сосудистой системы, являющиеся следствием сосудистой дистонии. Такая лихорадка не поддается воздействию антибиотиков и жаропонижающих средств, что само по себе может быть подтверждением ее психогенного происхождения. Более эффективны физические методы лечения: лечебная физкультура, закаливающие процедуры, а также психотерапия (гипноз и внушение в бодрствующем состоянии), общеукрепляющие и седативные средства.

Боли в животе. Неоднократно повторяющиеся боли в животе часто наблюдаются у чувствительных, нервных и неустойчивых детей 4—12 лет. Эти боли нередко называют пупочными коликами, так как чаще всего они ощущаются в области пупка, но могут быть и в других частях живота. Они появляются во время еды или после нее под влиянием неприятных переживаний. Часто сопровождаются вегетативными симптомами: бледностью, синевой под глазами, потливостью, рвотой и другими. Диагноз «психогенные боли в животе» можно поставить лишь после исключения других причин. Пупочные колики поддаются лечению средствами, снимающими спазм мускулатуры внут-

ренных органов и успокаивающими нервную систему, тем самым косвенно подтверждая диагноз.

Психогенная рвота. У психически лабильных детей даже при отсутствии нарушений в деятельности желудочно-кишечного тракта рвота может провоцироваться гневом или страхом. Иногда наблюдается демонстративная рвота, возникающая как бы с целью привлечения внимания. Возникновение рвоты может быть связано с наблюдением за извержением рвотных масс у другого человека, с рассказами об этом, с принудительным кормлением, с отвращением к пище. У некоторых детей рвоты могут быть повторными в течение продолжительного времени. Периодически возникающая рвота обычно поддерживается переживаниями, сочетающимися с желудочно-кишечными расстройствами.

Запор — это расстройство функции кишечника, при котором возникает затруднение дефекации (выделения каловых масс). Спастические запоры, как правило, имеют хроническое течение. При них сухие комковатые каловые массы выделяются мучительно, медленно, с болевыми ощущениями. Кал, скопившийся в спазмированной прямой кишке, повреждает ее слизистую оболочку и вызывает образование трещин и появление в кале прожилок, крови. Спастический запор — типичное психосоматическое расстройство, при котором накопившиеся отрицательные переживания оказываются причиной спазмирования стенки прямой кишки и сужения ее просвета. Наиболее часто заболевание возникает у невропатичных детей.

Понос — это увеличение числа дефекаций и разжижение кала. Относительно редко причиной поноса могут стать выраженные эмоциональные переживания: страх, негодование и др. Эпизодически повторяющиеся поносы и «схваткообразные» боли в животе могут также быть проявлением синдрома раздраженного кишечника. У детей при этом преобладают боли в животе, очень различные по времени возникновения, продолжительности и интенсивности.

При возникновении запора кал в одних случаях похож на овечий помет, в других же не оформлен вовсе. Отмечаются громкое урчание и частое отхождение газов, реже — недержание кала, болезненное и частое мочеиспускание. Течение этих расстройств зависит от переживаний: семейных конфликтов, потери близких, страха перед школой и других событий, которые лишают ребенка чувства безопасности.

Энкопрезом, или непроизвольным отделением кала, называют отхождение каловых масс, в результате которого пачкается белье, или в неподходящем месте. О распространенности энкопреза известно лишь, что он встречается в 10—15 раз реже непроизвольного отделения мочи и чаще наблюдается у мальчиков. Как правило, навыки опрятности формируются к 1—2 годам. Если ребенок старше 3—3,5 лет не управляет сфинктером прямой кишки, то это уже ненормальное явление. Причиной энкопреза может быть недостаточное воспитание опрятности, невропатия, невроз и другие психогенные расстройства. «Медвежья болезнь» может возникнуть внезапно под влиянием пережитого страха, а затем повторяться при волнениях. В других случаях появление недержания кала может быть не связано прямо с какими бы то ни было потрясениями и является следствием накапливающихся отрицательных эмоций. При этом не всегда удается выявить провоцирующие моменты при повторных эпизодах упускания кала. Иногда становится явным, что причина — своеобразие личности ребенка, чрезмерно сильно привязанного к матери, к дому, его переживание ревности, боязнь отрыва от близких, обида на них или других людей.

Приложение 2

МУЛЬТИМОДАЛЬНЫЙ ОПРОСНИК ЖИЗНЕННОЙ ИСТОРИИ*

Цель данного исследования — получить комплексное представление о вашей жизни. В психотерапии записи необходимы, потому что они позволяют более глубоко работать с проблемами. Отвечая на вопросы как можно полнее и точнее, вы будете содействовать своей терапевтической программе. Пожалуйста, заполните опросник в свободное время, а не во время консультации. Если необходимо, используйте дополнительные листы для записи ответов.

Вас может беспокоить тот факт, что многие из задаваемых вопросов носят личный характер. Пожалуйста, имейте в виду, что *записи строго конфиденциальны и никто, кроме работающего с вами терапевта, не имеет к ним доступа.*

ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ:

Дата _____
Имя: _____
Адрес: _____
Телефон: рабочий _____ домашний _____
Возраст: _____ Профессия: _____ Пол: _____ М _____ Ж
Дата рождения: _____
Место рождения: _____ Религия: _____
Рост: _____ Вес: _____ Ваш вес колеблется? _____ Да _____ Нет
Если да, каковы пределы колебания? _____

* Подробнее см.: Лазарус А. Краткосрочная мультимодальная психотерапия. СПб.: Речь, 2001.

У вас есть семейный врач? _____ Да _____ Нет

Фамилия семейного врача: _____ Телефон: _____

Кто направил вас на консультацию? _____

Семейное положение (выберите одну позицию) _____ Холост(а)

_____ Обручен(а) _____ Женат (замужем) _____ Разведен(а)

_____ Вдовец (Вдова) _____ Живу с гражданским супругом

_____ Вступил(а) в новый брак

Сколько раз вы вступали в брак? _____

Вы живете в: _____ Доме _____ Комнате _____ Квартире _____ Другое: _____

С кем вы живете (отметьте все, что описывает вашу ситуацию):

_____ Один _____ С родителями _____ С супругом _____

С любовником _____ С детьми _____ С друзьями _____ Другое: _____

Работу какого типа вы выполняете в настоящее время? _____

Удовлетворены ли вы вашей нынешней работой? _____ Да _____ Нет

Если нет, объясните почему: _____

Кем вы работали в прошлом? _____

Прежде вы участвовали в терапии или получали какую-либо профессиональную помощь в решении ваших проблем? _____ Да _____ Нет

Если да, то где и когда? _____

У вас были когда-нибудь попытки самоубийства? _____ Да _____ Нет

СЕМЕЙНОЕ И СОЦИАЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ

Отец:

Имя: _____ Возраст: _____ Профессия: _____ Здоровье: _____

Если умер, укажите его возраст в момент смерти: _____

Сколько вам было лет: _____

Причина смерти: _____

Мать:

Имя: _____ Возраст: _____ Профессия: _____ Здоровье: _____

Если умерла, укажите ее возраст в момент смерти: _____

Приложения

Сколько вам было лет: _____

Причина смерти: _____

Возраст брата (братьев): _____ Возраст сестры (сестер): _____

Существенные детали о братьях и сестрах: _____

Если вас воспитывали не родители, то кто заботился о вас и в какой период? _____

Опишите особенности характера своего отца (или лица, заменяющего вам отца) и его отношение к вам (в прошлом и сейчас): _____

Опишите особенности характера своей матери (или лица, заменяющего вам мать) и ее отношение к вам (в прошлом и сейчас): _____

Какими способами ваши родители наказывали вас? _____

Опишите атмосферу в вашей семье (т. е. там, где вы выросли). Опишите отношения между родителями и детьми _____

Доверяете ли вы своим родителям? _____ Да _____ Нет

Как правило, вы ощущаете любовь и уважение со стороны своих родителей? _____ Да _____ Нет

Если у вас есть мачеха или отчим, укажите ваш возраст, когда ваши родители вновь вступили в брак: _____

Кто-нибудь (родители, родственники, друзья) повлияли на ваш выбор супруга, профессии и т. д.? _____ Да _____ Нет

Если да, пожалуйста, кратко опишите это: _____

Школьные предметы, по которым вы успевали: _____

Школьные предметы, по которым вы не успевали: _____

Ваше образование: _____

Отметьте те моменты, которые имели место в вашем детстве/в подростковом возрасте:

_____ Счастливое детство _____ Недостаток друзей

_____ Несчастливое детство _____ Школьные проблемы
_____ Эмоциональные проблемы _____ Финансовые проблемы
Поведенческие _____ Правонарушения _____ Сильные
религиозные убеждения _____ Смерть близких родственников
Использование наркотиков _____ Проблемы со здоровьем _____
Употребление алкоголя _____ Отвержение _____ Суровые
наказания _____ Сексуальное насилие _____ Серьезные
запугивания и насмешки _____ Нарушения пита-
ния _____ Другие: _____

ОПИСАНИЕ СУЩЕСТВУЮЩИХ ПРОБЛЕМ

Опишите своими словами суть ваших основных проблем: _____

Оцените серьезность ваших проблем по следующей шкале:

Немного расстраивают _____ Умеренно расстраивают _____

Очень серьезные _____ Крайне серьезные _____

Полностью выводят из строя _____

Когда начались ваши проблемы? _____

Что, как вам кажется, усиливает ваши проблемы? _____

Что вы пытались сделать для улучшения ситуации? _____

Насколько вы удовлетворены вашей жизнью в целом?

Совсем не удовлетворен 1234567 Полностью удовлетворен

Оцените общий уровень напряжения в течение прошлого месяца:

Расслаблен 1234567 Напряжен

Ожидания относительно терапии _____

В нескольких словах: что вы думаете о терапии в целом? _____

Как долго, по вашему мнению, должно длиться ваше лечение? _____

Какими качествами, по вашему мнению, должен обладать идеальный терапевт?

МОДАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СУЩЕСТВУЮЩИХ ПРОБЛЕМ

Цель следующего раздела — помочь вам подробно описать существующие проблемы и выявить то, что могло остаться незамеченным. Это позволит нам составить комплексную программу лечения и приспособить ее к вашим специфическим потребностям. Следующий раздел организован в соответствии с семью модальностями: поведением, чувствами, физическими ощущениями, представлениями, мыслями, межличностными отношениями и биологическими факторами.

ПОВЕДЕНИЕ

Отметьте те виды поведения, которые часто свойственны вам:

Переедание _____ Трудности с концентрацией _____

Прием наркотиков _____ Нарушения сна _____ Неуверенность _____

Фобии _____ Эксцентричное поведение _____

Чрезмерная трата денег _____ Злоупотребление алкоголем _____

Частая смена работы _____ Слишком тяжелая работа _____

Бессонница _____ Откладывание дел «на потом» _____

Бессмысленный риск _____ Импульсивность _____ Лень _____

Потеря контроля _____ Проблемы с питанием _____

Попытки суицида _____ Агрессивное поведение _____

Принуждение _____ Плач _____ Курение _____

Вспышки ярости _____ Уход _____ Нервный тик _____ Другое: _____

Какими особенными талантами или навыками вы гордитесь?

Что вам нравится делать? _____

Что вам не нравится делать? _____

Как вы проводите свободное время? _____

Какие виды хобби и проведения досуга нравятся вам или позволяют расслабиться? _____

Сложно ли вам получать удовольствие от отдыха, выходных и отпуска?

_____ Да _____ Нет

Если да, пожалуйста, объясните: _____

Если бы можно было исполнить два любых желания, что бы вы загадали? _____

ЧУВСТВА

Отметьте те чувства, которые вы часто испытываете:

Злость _____ Надежда _____ Раздражение _____

Беспомощность _____ Грусть _____ Спокойствие _____

Депрессия _____ Ревность _____ Беспокойство _____

Ощущение себя несчастливым _____ Страх _____ Скука _____

Паника _____ Тревога _____ Активность _____

Одиночество _____ Зависть _____ Удовлетворение _____

Чувство вины _____ Возбуждение _____ Ощущение счастья _____

Оптимизм _____ Конфликтность _____ Напряженность _____

Стыдливость _____ Раскаяние _____ Отчаяние _____

Другое: _____

Перечислите пять своих основных страхов:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Какие позитивные ощущения вы недавно испытывали? _____

Что наиболее вероятно может заставить вас потерять контроль над вашими чувствами? _____

Опишите ситуации, когда вы чувствовали себе спокойным и расслабленным? _____

Приложения

ФИЗИЧЕСКИЕ ОЩУЩЕНИЯ

Отметьте физические ощущения, которые характерны для вас:

Боли в животе_____Серные пробки_____

Боль или жжение при мочеиспускании_____Слезящиеся глаза_____

Менструальные проблемы_____Прилив крови_____Головные боли_____Тошнота_____Головокружение_____

Проблемы с кожей_____Сильное сердцебиение_____

Сухость во рту_____Спазмы в мускулах_____

Горячая или зудящая кожа_____Напряжение_____

Боль в грудной клетке_____Половые нарушения_____Частое сердцебиение_____Неспособность расслабиться_____

Не нравятся прикосновения_____Желудочные расстройства_____

Полное отключение_____Звон в ушах_____Чрезмерное потение_____Оцепенение_____Проблемы со зрением_____Желудочные боли_____Проблемы со слухом_____Утомление_____Судороги_____

Боли в спине_____Тремор_____Обмороки_____Тики_____

Другое:_____

Какие ощущения приятны вам?_____

Какие ощущения неприятны вам?_____

ПРЕДСТАВЛЕНИЯ

Отметьте, что характерно для вас:

Я считаю себя:

_____Счастливым_____Слабым

_____Страдающим_____Попавшим в ловушку

_____Не справляющимся_____Подвергающимся насмешкам

_____Успешным_____Неразборчивым

_____Подвергающимся преследованию_____Обсуждаемым

_____Агрессивным_____Беспомощным_____Обижающим дру-

гих _____ Управляющим _____ Потерявшим контроль _____ Другое: _____

У меня бывают:

_____ Приятные сексуальные образы _____ Соблазнительные образы _____ Неприятные детские образы _____ Образы любви

_____ Негативные телесные представления _____ Другое: _____

_____ Неприятные сексуальные образы _____ Образы одиночества _____

Опишите очень приятные образы, представления, фантазии: _____

Опишите самые неприятные образы, представления, фантазии: _____

Опишите ваше представление совершенно «безопасного места»: _____

Как часто у вас бывают ночные кошмары? _____

МЫСЛИ

Отметьте то, что характерно для вас:

_____ Сообразительный _____ Неадекватный

_____ Уверенный в себе _____ Смущенный

_____ Стоящий специалист _____ Раздражительный

_____ Честолюбивый _____ Бестолковый

_____ Впечатлительный _____ Наивный

_____ Верный _____ Честный

_____ Надежный _____ Некомпетентный

_____ Сожалеющий о содеянном _____ Тревожный

_____ Никуда не годный _____ Конфликтный

_____ Никчемный человек _____ Нарушения концентрации внимания

_____ Беспольный _____ Имеющий проблемы с памятью

_____ Злой _____ Привлекательный

_____ Помешанный на чем-нибудь _____ Неспособный

принять решение

Приложения

_____ Морально деградирующий _____ Раздумывающий о суициде
 _____ Тактичный _____ Упорный
 _____ Отклоняющийся от нормы _____ С хорошим чувством юмора
 _____ Непривлекательный _____ Трудолюбивый
 _____ Неприятный _____ Нежелательный
 _____ Ленивый _____ Ненадежный
 _____ Нечестный _____ Другое: _____

Как вы считаете, какие ваши мысли или идеи были наиболее сумасшедшими? _____

Преследуют ли вас какие-нибудь мысли? _____ Да _____ Нет
 Если да, что это за мысли? _____

Что беспокоит вас и портит ваше настроение или негативно отражается на поведении? _____

По каждому из следующих пунктов, пожалуйста, обведите кружком цифру, которая наиболее точно отражает ваше мнение:

	Абсолютно не согласен	Не согласен	Не уверен	Согласен	Полностью согласен
Я не должен ошибаться	1	2	3	4	5
Я должен все делать хорошо	1	2	3	4	5
Когда я не знаю что-нибудь, я должен притворяться, что знаю	1	2	3	4	5
Я не должен раскрывать личную информацию	1	2	3	4	5
Я — жертва обстоятельств	1	2	3	4	5
Моей жизнью управляют внешние силы	1	2	3	4	5
Другие люди более счастливы, чем я	1	2	3	4	5
Очень важно нравиться людям	1	2	3	4	5
Будь осторожен; не рискуй	1	2	3	4	5
Я не заслуживаю счастья	1	2	3	4	5
Если не замечать свои проблемы, то они исчезнут	1	2	3	4	5
Я должен сделать других людей счастливыми	1	2	3	4	5

	Абсолютно не согласен	Не согласен	Не уверен	Согласен	Полностью согласен
Я должен стремиться быть совершенным	1	2	3	4	5
Существуют два способа действия — правильный и неправильный	1	2	3	4	5
Я никогда не должен расстраиваться	1	2	3	4	5

МЕЖЛИЧНОСТНЫЕ ОТНОШЕНИЯ

Отношения с друзьями

Вы легко заводите друзей? _____ Да _____ Нет

Сохраняете ли вы отношения? _____ Да _____ Нет

У вас было много свиданий во время учебы в институте? _____ Да

_____ Нет. В колледже? _____ Да _____ Нет

Вас когда-нибудь серьезно задирали или дразнили? _____ Да _____ Нет

Опишите любые отношения, которые дарят вам:

Радость: _____

Огорчение: _____

Оцените, насколько расслабленно и удобно вы обычно чувствуете себя в большом обществе: Очень расслабленно 1234567 Очень беспокойно

Есть ли у вас один или несколько друзей, с которыми вы можете поделиться самыми сокровенными мыслями? _____ Да _____ Нет

БРАК (ИЛИ БЛИЗКИЕ ОТНОШЕНИЯ)

Как долго вы знали своего супруга/супругу до обручения? _____

Как долго вы были обручены, прежде чем поженились/вышли замуж? _____

Как долго вы состоите в брачных отношениях? _____

Сколько лет вашему супругу? _____ Его/ее профессия? _____

Опишите вашего супруга/супругу: _____

Что вам больше всего нравится в вашем партнере? _____

Приложения

Что вам меньше всего нравится в вашем партнере? _____
Какие факторы снижают ваше удовлетворение браком? _____
Отметьте, пожалуйста, на шкале, насколько вы удовлетворены вашим браком: Очень недоволен(льна) 1234567 Очень доволен(льна)
Как вы ладите с друзьями и семьей вашего партнера?
Очень плохо 1234567 Очень хорошо
Сколько у вас детей? _____
Пожалуйста, укажите их имена и возраст: _____
Кто-нибудь из ваших детей доставляет особые проблемы? _____ Да
_____ Нет. Если да, пожалуйста, опишите: _____
Что вы можете сказать о вашем предыдущем браке? _____

СЕКСУАЛЬНЫЕ ОТНОШЕНИЯ

Опишите отношение вашего партнера к сексу. Обсуждаете ли вы в доме вопросы о сексе? _____
Когда и как вы получили ваши первые сведения о сексе? _____
Когда вы впервые осознали свои собственные сексуальные импульсы? _____
Вы когда-нибудь испытывали тревогу или чувство вины за сексуальные отношения или мастурбацию? _____ Да _____ Нет
Если да, пожалуйста, объясните: _____
Можете ли вы описать детали вашего первого и последующего сексуального опыта? _____
Вы довольны вашей нынешней сексуальной жизнью? _____ Да _____ Нет.
Если нет, пожалуйста, объясните, почему: _____
Были ли у вас когда-либо гомосексуальные отношения или реакции?
Если да, опишите их _____
Пожалуйста, отметьте любые моменты относительно секса, которые не обсуждались выше: _____

ДРУГИЕ ОТНОШЕНИЯ

Есть ли какие-нибудь проблемы в ваших отношениях с людьми на работе? _____ Да _____ Нет

Если да, пожалуйста, опишите: _____

Пожалуйста, закончите следующие фразы:

Меня обижает, когда люди _____

Я могу шокировать вас _____

Мой супруг (друг/подруга) описали бы меня как _____

Мой лучший друг думает, что я _____

Люди, которые не любят меня, _____

Сейчас вы переживаете из-за каких-либо прошлых случаев отвержения или любовных неудач? _____ Да _____ Нет

Если да, пожалуйста, объясните: _____

БИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ

Что-нибудь беспокоит вас сейчас в вашем физическом состоянии? _____ Да _____ Нет

Если да, пожалуйста, опишите:

Пожалуйста, укажите лекарства, которые вы сейчас принимаете: _____

Вы питаетесь три раза в день, сбалансированно? _____ Да _____ Нет

Вы регулярно занимаетесь физическими упражнениями? _____ Да _____ Нет

Если да, то каким видом спорта и как часто? _____

Пожалуйста, перечислите ваши медицинские проблемы и проблемы со здоровьем у членов вашей семьи: _____

Пожалуйста, укажите, подвергались вы когда-либо операциям (укажите даты): _____

Пожалуйста, перечислите физические недостатки, которые есть у вас: _____

СВЕДЕНИЯ О МЕНСТРУАЦИИ

Возраст начала менструации: Знали ли вы об этом? ____Да____Нет

Это шокировало вас? _____Да_____Нет

Регулярны ли они? _____Да_____Нет

Продолжительность: _____

Болезненны ли они? _____Да_____Нет

Влияют ли они на ваше настроение? _____Да_____Нет

Дата последней менструации: _____

Поставьте отметку в соответствующую графу:

	Никогда	Редко	Иногда	Часто	Ежедневно
Мышечная слабость					
Транквилизаторы					
Мочегонные средства					
Диетические средства					
Марихуана					
Гормональные препараты					
Снотворные					
Аспирин					
Кокаин					
Болеутоляющие					
Наркотики					
Стимуляторы					
Галлюциногены (например, ЛСД)					
Слабительные					
Сигареты					
Табак (специальный)					
Кофе					
Алкоголь					
Противозачаточные средства					
Витамины					
Недоедание					
Переедание					
Употребление несвежей пищи					
Диарея					
Запор					
Метеоризм					
Тошнота					
Рвота					

Основы психосоматики

	Никогда	Редко	Иногда	Часто	Ежедневно
Изжога					
Головокружение					
Сильное сердцебиение					
Усталость					
Аллергия					
Высокое давление					
Боли в грудной клетке					
Сдавленное дыхание					
Бессонница					
Повышенная сонливость					
Прерывистый сон					
Раннее пробуждение утром					
Боли в ушах					
<i>Головные боли</i>					
Боли в спине					
Легко образуются синяки или кровоподтеки					
Другие:					

Приложение 3

КЛИНИКО-БИОГРАФИЧЕСКИЙ МЕТОД

Сбор информации

При наличии множества факторов риска, высокой коморбидности и нескольких зон возможной дисфункции, связанных с употреблением алкоголя или наркотиков, современная оценка пациентов с психосоматическими расстройствами требует тщательного сбора анамнеза.

Предлагаемый оценочный алгоритм предназначен для тех специалистов и учреждений, которые нацелены на диагностику и психотерапию как в стационарных, так и в амбулаторных условиях. Алгоритм представляет собой универсальную форму, которую можно использовать с некоторыми модификациями у детей, подростков и взрослых в качестве диагностического инструментария перед проведением индивидуальной, групповой и семейной психотерапии.

Семейный анамнез

Прародительские семьи. Генеалогия семьи матери пациента. Генеалогия семьи отца пациента. Характеристики прародительских семей (состав, особенности характеров, взаимоотношения между членами семей, заболевания и т. д.).

Родительская семья. Возраст при вступлении в брак, условия, при которых он заключен, наличие предыдущих браков, причины разводов. Наличие в семье других членов (кто, в каких отношениях, возраст и т. д.). Краткое описание членов семьи и микросоциального окружения (использование генограммы и экокарты).

Недавние изменения в составе семьи и окружении.

Семейные надежды и планы.

Демографическая информация.

Культура и классовое происхождение, как и специфические особенности семьи, влияют на возникновение и сущность проблем, поэтому на них необходимо обращать внимание при сборе информации.

Системный подход предполагает изучение не только непосредственного семейного окружения, но и всей экосистемы пациента. Описание микросоциального окружения (живущих рядом друзей, родственников и соседей) помогает нам узнать нюансы семейного жизненного пространства. Кто еще вовлечен в жизнь пациента? Кто из соседей или дальних родственников может быть включен в обсуждение проблемы? Кого из значимых Других мы не учли в обсуждении? Живет ли семья в коммунальной квартире, или снимает квартиру, или живет в общежитии, где есть новорожденный ребенок, который постоянно кричит? Заполнен ли дом фотографиями и детскими рисунками или он увешан коврами и антиквариатом, что считается более важным для этой супружеской пары, имеющей маленького ребенка?

Недавние изменения в организации семьи — это любые сдвиги в семье или ее социальном окружении.

Общая характеристика семьи: состав (полная, неполная), гармоничная, проблемная, асоциальная; стадия ее жизненного цикла, семейные истории и мифы, горизонтальные и вертикальные стрессоры.

История жизни нескольких поколений, связанная с важной темой, отражающей предъявляемые жалобы, ограничивающие взаимодействия, установки.

Подробнее с семейно-диагностическим интервью можно познакомиться в Приложении 4.

История развития ребенка

Умение собрать и проанализировать информацию о развитии ребенка, соответствии его симптоматики возрасту является показателем профессионализма психолога. Психосоматические расстройства или их эквиваленты как бы вплетаются в различные кризисные периоды.

Возраст, состояние здоровья и вид занятий родителей к моменту беременности. Здоровье родителей к моменту беременности, ее желательность, ожидание пола ребенка, радость или разочарование кого-либо из родителей по поводу пола ребенка, его внешности, характера.

Отмечается также наличие хронических заболеваний родителей, генетической предрасположенности к наследственным заболеваниям с обеих сторон, множественные пороки развития у других членов семьи. Давность и характер предыдущей беременности. Предшествующие беременности, их желательность, исход. Наличие аборт, их мотивы, их влияние на супружеские отношения родителей. Наличие каких-либо зависимостей от психоактивных веществ или аналогов аддиктивного поведения (табакокурение, алкоголизм, наркотическая или токсикоманическая зависимость, безудержная трата денег). Физическое и психологическое состояние матери в течение беременности, осложнения во время беременности. Отношения между родителями в период беременности с другими родственниками и членами семьи. Роды: срочность, продолжительность, отклонения в процессе родов, вмешательства. Не менее важным является ретроспективная оценка эмоционального состояния матери в этот период («У меня были сложные отношения со свекровью, и я все время была в напряжении»).

Информация о развитии ребенка выявляется вплоть до момента обращения к специалисту по следующим этапам.

Раннее моторное и психоэмоциональное развитие

Необходимо проанализировать характер «поведения» ребенка на первом году жизни в целом: спокойным или беспокойным был ребенок, были ли проблемы с питанием, сном и т. п. в этот период (например, «ребенок плохо засыпая, путал день с ночью»). Определить характер реакции на мокрые пеленки, тесное пеленание или облегчающую одежду (т. е. изменение порогов тактильной и проприоцептивной чувствительности). Отметить наличие «страхов» раннего возраста: боязнь интенсивной перемены света, громких звуков, чужих людей, трудности привыкания к твердой пище, болезненная реакция на

¹ В младенческом возрасте к психосоматическим расстройствам относят \ колики третьего месяца жизни, метеоризм, жвачку, срыгивание, функциональный мегаколон, анорексию грудного возраста, остановку развития, | ожирение, приступы нарушения дыхания, нейродермит, яктацию, спастический плач, нарушения сна, раннюю бронхиальную астму, внезапную | смерть младенца. j

изменение режима, наличие симбиотической связи с матерью (непереносимость ее отсутствия). В этой части анамнеза очень важно подчеркнуть характер реакции ребенка на другого человека.

Вес ребенка при рождении, крик, характеристики периода новорожденное™, его особенности.

Кто ухаживал за ребенком, особенности ухода (брали ли на руки, строго ли соблюдали режим, были ли противоречия среди ухаживающих). Характер вскармливания, отношение к кормлению ребенка и матери. Психомоторное развитие ребенка и реакция матери на достижения ребенка. Также должны быть отмечены симптомы, имеющие отношение к неврологическому состоянию на первом году жизни (наличие мышечной гипо- или гипертонии, частые срыгивания, дрожание (тремор) рук), беспричинные крики, судороги на фоне высокой температуры.

Выявляются сроки моторного развития (сроки возникновения новых моторных навыков), их последовательность. Особое внимание должно быть уделено наличию или отсутствию периода ползания и срокам его возникновения, отметить слишком ранние сроки вставания на ноги (до 7 месяцев).

В таком же ключе (сроки возникновения и последовательность) анализируется и психическое развитие: эмоциональные реакции (первые улыбки, комплекс оживления, страха перед чужими лицами), характер манипуляций с игрушками, особенности игровых действий (сопровождение игровых действий вокализацией и соответствующей мимикой). Важным показателем собственно эмоционального развития ребенка в этом возрасте является изменение характера игровой активности в присутствии значимых лиц. Оцениваются понимание интонационной стороны речи взрослых, собственно обращенной речи и ее интонации, сроки и особенности речевого развития (гуление, лепет, первые слова, определение частей тела). При оценке речевого развития также отмечаются речевые реакции ребенка и изменения их интенсивности и качества в присутствии взрослых.

Отдельно отмечаются заболевания и/или травмы первого года жизни. В соответствии с современными теоретическими представлениями (аналитическими, когнитивными) о психическом развитии ребенка трудно переоценить значение информации об этом периоде жизни для анализа последующих этапов развития и возможных проблем ребенка.

Оценка развития ребенка в период от 1 года до 3 лет

Выявляется, в первую очередь, где находился ребенок в этот период (в домашних условиях с матерью, с другими родственниками, например с бабушкой, с няней или с чужими людьми, в дошкольном учреждении, в Доме ребенка и т. п.). В случае, если ребенка поместили в ясли или детский сад, должны быть отмечены характер и протекание периода адаптации к детскому учреждению и детскому коллективу.

Также отмечаются *значимые изменения в семейном и социальном* статусе родителей, произошедшие в этот период, и их влияние на общее состояние обследуемого ребенка («горизонтальные стрессоры»: развод или смерть одного из родителей, рождение младшего ребенка, переезд на новое место жительства и т. п.).

Анализируются темпы, сроки и особенности речевого развития, в том числе возраст, когда появилось местоимение «я», появление простых и сложных фраз, качество произношения звуков, элементы словотворчества, знание элементарных детских стихов, телевизионных передач. В случаях асинхронного (слишком раннего или слишком позднего) речевого развития анализируются способы привлечения ребенком внимания взрослых, адекватное использование при этом мимики и жестов.

Далее выясняются особенности эмоционального развития и развития коммуникативных навыков: характер привязанности и отношения к близким родственникам (в том числе степень независимости от них), особенности игровой деятельности (какие предметы или игрушки вызвали наибольший интерес, в каких условиях и какие действия с ними производились). Например: охотно играл в кубики и складывал конструкции, аналогичные показанным, только в присутствии взрослого; предпочитал неигровые предметы (шуршание газетами, пересыпание гаек и т. п.). Протекание начала «кризиса трех лет».

Для этого возрастного периода важно также оценить наличие и характер страхов (фобий), их стойкость и соответствие возрасту (типичность или несоответствие имеющихся страхов этому возрасту, их выраженность). В этом же разделе необходимо оценить такой важный показатель эмоциональной стабильности, как сон: его особенности в этот период (скрежет зубами во сне, психомоторное возбуж-

дение, наличие или отсутствие периодичности подобных проявлений), а также характер засыпания ребенка.

При необходимости отмечаются особенности познавательных интересов, например, интересовался машинами, знал определенное количество автомобилей различных марок.

Анализируются сроки созревания большого моторного акта (умение бегать, возможность производить согласованные движения: маршировать, лазать вверх и вниз по лестнице, кататься на велосипеде, а также наличие других элементарных бытовых навыков, указывающих на уровень развития мелкой моторики: самостоятельная еда, застежка молний и завязывание шнурков).

Отмечаются сроки формирования самостоятельных навыков опрятности (в первую очередь, когда стали приучать к горшку и насколько трудно проходило формирование этого навыка).

Выясняются (со слов близких или из медицинской карты) особенности состояния здоровья ребенка, на фоне которого протекало его развитие: частота заболеваний, их тяжесть, наличие травм и госпитализаций в этом возрастном периоде. Здесь же отмечаются признаки неврологического неблагополучия: частые боли в животе, аффективно-респираторные приступы, беспричинный подъем температуры и др. Подобные проявления, выявленные психологом, отмечаются им как факторы, осложняющие психическое развитие ребенка, и иногда требуют консультации специалиста с медицинским образованием.

История развития ребенка в период от 3 лет до 5-5,5-летнего возраста

Основные разделы и показатели психологического анамнеза этого периода тождественны предыдущим. Также выявляются семейные и социальные условия, основные характеристики познавательного, в том числе речевого, эмоционального и моторного развития ребенка, состояние его здоровья на этом этапе в целом.

В то же время необходимо отметить «ведущие» показатели развития ребенка в этот период: длительность, тяжесть и особенности протекания «кризиса трех лет»; адаптация в детском учреждении: умение общаться со сверстниками, возможность адаптации в детском коллективе, приспособление к требованиям социального окружения, наличие специфических реакций на посещение детского учреждения; особенности игры как ведущей деятельности этого возраста.

Приложения

В связи со свойственной этому возрасту дифференциацией моторных функций должно быть выяснено также наличие фактора леворукости или амбидекстрии (отсутствие стойкого предпочтения какой-либо руки или ноги) в семье или у других родственников.

В дошкольном возрасте наблюдают такие психосоматические расстройства, как запор, понос, «раздраженный кишечник», боли в животе, циклическая рвота, отказ от жевания, анорексия и булимия, энкопрез, энурез, ожирение, нарушение сна, лихорадка и др.

История развития ребенка в период от 5,5 до 7 лет

Старший дошкольный возраст рассматривается преимущественно как «подготовительный» к дальнейшему обучению в школе. Поэтому внимание как родителей, так и воспитателей детских дошкольных учреждений направлено преимущественно на когнитивное развитие детей. Иногда только при достижении ребенком этого возраста родители начинают замечать, что у него имеются какие-либо проблемы психологического плана — от нарушений речи до невозможности адаптации к правилам *поведения*. В этом плане сбор данных об особенностях развития ребенка в указанный период его жизни, как правило, не представляет особого труда: родители достаточно хорошо помнят его.

Несоответствия результатов развития ребенка успехам других детей или непохожесть его на других заставляют родителей чаще обращаться именно к психологу. Психолога в первую очередь должны интересовать проблемы, возникшие в этот период, или нарастание ранее имевшихся проблем как в плане поведения ребенка, так и в плане познавательного развития. Также важно отметить уровень «готовности» к школьному обучению (знал ли буквы, умел ли читать слоги, владел ли прямым счетом до десяти).

С другой стороны, психологу необходимо выяснить такие специфические особенности, как повышенная истощаемость и сниженная работоспособность, темповые особенности ребенка (быстрый — медленный, «копуша»), повышенная возбудимость и трудности регуляции собственного поведения на фоне явных признаков истощения или без них, эмоциональная лабильность (неустойчивость настроения, легкость перехода от смеха к слезам и наоборот).

Точно так же, как и для предыдущих периодов, важно отметить в дошкольном возрасте наличие частых респираторных заболеваний или обострение хронических, тяжелых инфекционных заболеваний, последствий травм, хирургических операций, в той или иной степени повлиявших на психическое развитие ребенка; взаимоотношения с матерью, *отцом (в треугольнике), со сверстниками; способность к ролевой игре; желание и умение рисовать*. Если ребенок посещал детский сад, — как строил взаимоотношения с воспитателями, с детьми; сон ребенка, наличие страхов, «кошмаров»; заболевания, психические травмы, реакции на них.

Готовность ребенка к школе в познавательной, коммуникативной, волевой сферах, «школьная зрелость».

У детей школьного возраста и подростков к числу психосоматических расстройств относят мигрень, «ростовые боли»*, рекуррентные боли меняющейся локализации, нарушения сна, приступы гипервентиляции, обмороки, вегетососудистую дистонию, бронхиальную астму, нервную анорексию, булимию, ожирение, язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, язвенный колит, энурез, энкопрез, нейродермит, расстройства менструального цикла и др.

Развитие ребенка в младшем школьном возрасте (от 7 до 10-11 лет)

Отмечается характер протекания процесса адаптации к регулярному обучению (трудности адаптации, трудности поведения, непереносимость нагрузок, выполнение домашних заданий) и собственно трудности овладения программным материалом по отдельным предметам базового школьного компонента. Необходимо отметить сроки и условия возникновения отмечаемых жалоб, например: невозможность работать в условиях обучения в классе, в ситуации увеличения объема нагрузки и темпа прохождения материала к концу второй четверти первого класса по программе (1—3). Отмечается возникновение сопутствующих симптомов (энуреза, тиков, заикания, выраженной двигательной расторможенности и неуправляемости) как наряду с вышеописанными проблемами, так и изолированно в качестве реакции на начало регулярного обучения. Проводится анализ ситуаций усугубления эмоционально-личностных проблем (на-

пример, возникновение тиков или заикания при устных ответах у доски перед всем классом в ситуации нарастания *напряжения у ребенка* в классе).

Безусловно, все эти проблемы возникают не только в начале обучения в школе, но могут появиться и «внезапно» на любом этапе обучения в начальной школе. Необходимо попытаться выяснить у родителей, какие, с их точки зрения, социальные или семейные события предшествовали или сопровождали возникновение такого рода проблем («горизонтальные стрессоры»).

Психологу также следует приблизительно оценить влияние частоты пропусков занятий по болезни и ухудшение общего состояния здоровья ребенка в ответ на нарастание проблем обучения и поведения, а также обратить внимание на наличие травм, госпитализаций и т. п. как возможных причин школьной дезадаптации. Необходимо учесть особенности построения взаимоотношений по вертикали и горизонтали; развитие познавательной сферы, сферы интересов, сферы общения; особенности характера; заболевания и психические травмы, их переносимость.

История развития ребенка при возникновении проблем в подростковом возрасте, с одной стороны, может иметь определенную специфику, исходить из проблем развития в предшествующих возрастах и, таким образом, может быть отражена в предлагаемом психологическом анамнезе. С другой стороны, большая часть проблем подросткового возраста неотвратимо определяется спецификой социальной и семейной ситуации до начала подросткового периода.

Сбор диагностических сведений в этом отношении касается следующих областей: психиатрические и поведенческие проблемы, школа и работа, социальная компетенция и взаимоотношения с ровесниками, отдых и развлечения, исследование зависимостей (аддиктивное поведение и его аналоги). Обычно в подростковой фазе происходит переоценка значимости родителей и других членов семьи. В связи с этим в данном контексте особую роль играет диагностика нарушенных семейных взаимоотношений (семейный анамнез).

Школа — первая работа у подростка. Регулярное ее посещение и положительные школьные оценки требуют наличия определенных социально-психологических навыков у ребенка, соответствующих возрасту, определенного уровня развития социальной компетентности и минимального уровня ориентации на достижения. Социальная компетентность состоит в способности подростка адекватно общаться

как с ровесниками, так и со взрослыми. Она включает в себя как минимум коммуникативные навыки, самоконтроль, умение расслабляться, отдыхать и разрешать проблемы.

Школьная дизадаптация способствует появлению эмоциональных и поведенческих расстройств, а резкое снижение успеваемости в школе и школьная дизадаптация могут быть сигналом о злоупотреблении подростком наркотиками. Очень важна объективная информация (характеристика из школы, показатель интеллекта). Провалы в школьном образовании дают возможность вскрыть и семейный контекст консультируемого случая: каковы установки родителей на школьные достижения и поведение; разделяют ли родители ответственность за промахи ребенка или они ругают школу; хвалят ли ребенка родители за школьные достижения или «учатся за него».

Отношения с ровесниками — также серьезный предиктор психосоматических расстройств у подростков. Специалисту следует расспросить, кто является близким другом данного подростка; чем они вместе занимаются; как подросток себя чувствует в неформальной группе. Предпочтение такой группы семье может навести на мысль о семейной дисфункции, а избегание социальных контактов — о тревожном расстройстве личности или слабом развитии социальных и коммуникативных навыков.

Анамнез заболевания

Время возникновения симптомов. Связь с особенностями жизни и деятельности, с другими заболеваниями и факторами жизни (в т. ч. психогенными). Наличие «светлых промежутков» (без симптомов), с чем, по мнению пациента, они связаны. Что изменилось в лучшую сторону в жизни пациента и его семьи с появлением симптомов, что — в худшую.

Опыт общения семьи со специалистами помогающих профессий

Общение семьи/пациента со специалистами в настоящее время; прошлый опыт обращения за психологической помощью; влияние прошлого опыта на точку зрения профессионалов.

Опыт общения с лицами помогающих профессий (помощниками) — один из самых тонких разделов для психологов. Он посвящен поискам описания текущих взаимоотношений пациента с помощни-

Приложения

ками и предыдущего позитивного и негативного опыта общения с психологами, врачами, психотерапевтами. Важно проанализировать воздействие этого прошлого опыта на текущее отношение пациента и семьи к лицам помогающих профессий. Например, мы можем узнать о предшествовавшем опыте общения пациента с психологами по тому, как он о них рассказывает, об испытанном чувстве вины или стыда, сформировавшем установку, что психологам нельзя доверять. Мы можем выявить и нейтральный опыт: «предыдущий психолог был внимательным, но не предложил никаких вариантов лечения, передал всю ответственность за принятие решения пациенту, добавив при этом, что лечение может помочь, но в большей мере — это пустая трата времени».

Этот раздел важен, так как показывает психологам проблемы, которые могут возникнуть у нас с этой данной семьей или пациентом. Кроме того, специалист обобщает опыт предыдущих усилий помощников и других отношений с пациентом. Необходимо также провести границу между реальными фактами и переживаниями семьи по этому поводу. Осознать негативный опыт в некоторой конкретной ситуации не означает согласиться с утверждением, что предыдущий специалист «плохой». Для пациента, имевшего многократный негативный опыт с помощниками, процесс опроса об их предыдущих обращениях может помочь определить, что данное обращение — другое, отличается от предыдущего. Сам факт обсуждения открывает возможность развития иных взаимоотношений.

Для тщательного анализа биографии пациентов детского и подросткового возраста, изучения коморбидной психической патологии можно использовать карты обследования, приведенные в Приложениях 5, 6.

Приложение 4

ОБЩЕЕ СЕМЕЙНО- ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ИНТЕРВЬЮ

На беседу приглашаются, как правило, «идентифицированный пациент» и его родители, а при необходимости — и другие члены семьи (например, братья и сестры). Чтобы раскрыть принципы проведения интервью, предлагаем следующий алгоритм беседы.

Контакт, общая информация, присоединение. Интервьюирующий представляется в первую очередь сам, узнает имена членов семьи, опрашивая при этом каждого, информирует о цели и продолжительности встречи и делает акцент на диагностических проблемах.

Присоединение заключается в способности психотерапевта установить контакт с каждым членом семьи для дальнейшего успешного лечения. Существуют три типа присоединения по Минухину: поддержка, следование, отражение.

Поддержка заключается в сохранении семейной структуры и уважении семейных правил. Принято начинать опрос с главы семьи или инициатора обращения. Вовлекать первым в интервью пациента не всегда рекомендуется, так как он может воспринять это как еще одну «родительскую» попытку вторжения в его границы. Некоторые психотерапевты начинают опрос с менее вовлеченных членов семьи. Каждый должен получить шанс высказаться о проблеме. Позиция психотерапевта нейтральна на первом этапе и заключается в минимизации комментариев на прямые и не прямые сообщения и невербальное поведение. Используются различные приемы для снижения уров-

ня стресса в семье, поддержки обвиняемого члена семьи, возможных гипотез происхождения проблем. Для уменьшения уникальности симптоматики или в случае сопротивления изменениям часто используется прием «генерализации»: «В некоторых семьях типа вашей...», «В подобных ситуациях в других семьях *происходили следующие* события...».

Следование относится к умению отражать содержание семейной коммуникации и особенности языка. Психотерапевт входит в семью как человек, поддерживающий ее правила, но заставляет правила работать в своих целях для семьи.

Отражение состоит в адаптации семейного стиля, эмоций, соответствующих потребностям семьи. Если в семье принято шутить, психотерапевт использует юмор. Если семья использует тактильные контакты, это может воспроизвести психотерапевт. Он также может присоединиться к изолированному отцу через выкуривание вместе сигареты или снимая галстук (если пациент пришел без него). Отражение часто происходит бессознательно.

Изучение предшествующего опыта, путей решения проблемы и принятия решения об обращении за помощью к специалистам. Может быть предложен следующий перечень вопросов:

1. Какие события произошли недавно в семье, ухудшившие ее **функционирование**?
2. Чем отличались отношения в семье перед возникновением проблемы, после ее появления и перед началом обращения к специалисту?
3. Почему семья обратилась сейчас?
4. Носила ли дисфункция семьи острую (кризисную) ситуацию или хронический характер?

Исследование индивидуальной проблематики пациента. Как можно объяснить **эмоциональные** и поведенческие отклонения у пациента?

Переход к следующему пункту интервью подразумевает вопрос: какую функцию при стабилизации семьи выполняет симптом?

Изучение семьи как системы. События изучаются в пределах того контекста, в котором они происходят!, внимание при этом концентрируется на связях и взаимоотношениях внутри семьи, а не на каких-то отдельных характеристиках.

При разработке системной гипотезы информация накапливается и интегрируется на трех различных уровнях: поведенческом, эмоциональном и когнитивном (что люди делают, что чувствуют и как мыслят).

Важно осознать, как все три уровня связаны между собой и поддерживают симптом. Общие гипотезы семейного функционирования должны быть циркулярными и включать в себя всех членов семьи. При этом симптом рассматривается как звено циркулярной последовательности, в которой семья «застряла». (Как один поступок связывается с другим, чтобы сохранялось равновесие в семье? Какие циклические картины поведения можно наблюдать в связи с симптомом в этой семье? Как это все соотносится со стадиями жизненного цикла семьи и семейной структурой? Как симптоматическое поведение выглядит в контексте семейной истории, по крайней мере, трех поколений?)

Итогом является определение функций симптоматического поведения в семейной системе, а также *отношения к нему* как к коммуникативной метафоре. Могут быть заданы следующие вопросы: «Как член семьи, договорившийся о встрече с психотерапевтом, «отражал» семейную систему?» (Инициатор обращения — ответственный член семьи или самый виноватый в проблеме.) «Связана ли предъявляемая проблема или симптоматическое поведение с нарушениями внутри семейной системы?» Чтобы выяснить это, необходимо:

- выяснить нарушения границ между подсистемами (размытые, жесткие);
- выявить нарушения семейной коммуникации (внутри семьи и с внешним миром): взаимные нападки, критика, отвержение, клевета, неумение выслушивать друг друга, эмоциональное и физи-

Приложение

ческое пренебрежение друг другом; отсутствие или избыток дисциплинарных техник, обнаружение «двойного зажима»;

- диагностировать искажения эмоциональных связей и интеракций между родителями, отсутствие или искажение родительской модели поведения, с которой ребенок (сознательно или бессознательно) идентифицируется;
 - определить наличие дисфункциональных стилей совладания со стрессом (например, неадекватная агрессия или уход в болезнь), выделить наиболее часто используемые психологические защиты, стратегии совладания с трудностями (копинг-стратегии), когнитивные искажения (правила, установки);
 - обратить внимание на отсутствие необходимых социальных навыков (когнитивный дефицит): совместный прием пищи, выражение положительных эмоций, ведение разговора, соблюдение правил проживания);
- П** получить информацию, объединяющую людей и события (кто первым заметил; кто больше всех беспокоился о проблеме; какое из событий произвело наибольший эффект на семью);
- П** исследовать семейный «треугольник» (вовлеченность в «треугольники» и взаимные пересечения могут передаваться из поколения в поколение).

Изучение возможности преодоления проблем: какие *способы преодоления проблемы предпочитают отдельные* члены семьи; как взаимодействуют формы защиты отдельных членов семьи; какие пока не использованные способности и ресурсы, которые могут быть привлечены для решения стоящих задач, имеются в распоряжении семьи.

Представление о психотерапии членов семьи. Вначале необходимо раскрыть общие представления о разрешении проблемы, затем перейти к специальным вопросам. Наиболее типичные из них: «Как вы счи-

) Природа отношений подсистем — центральный пункт,
 } сбора анамнеза для детских психиатров, работающих с;
 j семьями: кто кого слушает, кто кого игнорирует и кто i
 | меняется в результате получения информации от дру-
 ! гого. Границы могут быть значительно нарушены: на-
 ! пример излишнее слияние между членами семьи, инфантилизация родителей или присвоение родительских функций детьми («перевернутая иерархия*»). Специалисту также важно определять границы между семьей и супрасистемой (физической, экономической, межличностной и экологической), в которой семья является составной частью. Концептуальное группирование понятий из теории семьи и семейной психотерапии выявило три центральных понятия семейного поведения: *сплоченность* (солидарность, консолидация), *адаптация* (приспособляемость) и *коммуникация*. Эти три важнейших параметра были интегрированы в модели семейных и супружеских систем Олсоном (рис. 1).
 | Дисфункцию системы создают крайние варианты, кото-
 I рые чаще всего приводят к появлению «носителя

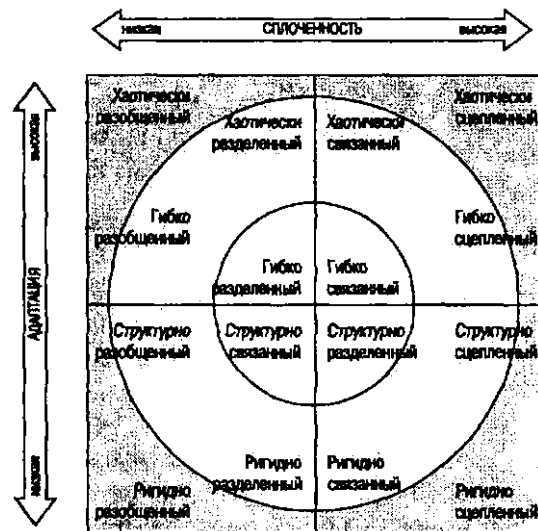


Рис. 1. Модель супружеских и семейных систем

Приложения

таете, можем ли мы вам помочь в решении этой проблемы?», или «Имеете ли вы определенные представления о том, как должна протекать психотерапия в клинике?», или «Есть ли у вас какие-либо опасения в связи с психотерапией?».

По мере того как члены семьи будут отвечать на эти **вопросы**, получают разъяснение и другие моменты, в частности, кому адресуется защита (опека, помощь) со стороны «носителя симптома», кто получает от симптома межличностную «выгоду» и каковы ее мотивы. В ходе интервью перед специалистом раскроется и система взаимодействий (циркулярная последовательность коммуникаций), принятая в семье, коммуникативная метафора симптома или поведения.

Интервью по генограмме является ценным методическим приемом, помогающим быстро сориентироваться в семейной истории.

Сбор информации о семейной истории обычно проходит в контексте общего семейного интервью, и терапевт не может игнорировать проблему, с которой пришла семья. Поэтому конструирование генограммы должно быть частью более широкой задачи присоединения и помощи семье. Проводя интервью, терапевт двигается от представленной проблемы к более широкому семейному и социальному контексту; от настоящей семейной ситуации — к исторической хронологии семейных событий; от легких вопросов — к трудным, провоцирующим тревогу; от очевидных фактов — к суждениям о взаимоотношениях и далее — к циркулярным гипотезам о семейном функционировании.

Когда семья приходит с проблемой, она часто имеет собственную точку зрения на ее природу. Как правило, это ригидный, несистемный взгляд, основанный на вере, что только один **человек, носитель симптомов**, нуждается в изменении. Любые попытки двигаться непосредственно в другие проблемные зоны семьи часто будут блокироваться яростным их отрицанием. Вопросы по генограмме позволяют проникнуть в сердце семейного опыта (рождения, смерти, болезни и интен-

сивности взаимоотношений) относительно безопасным для семьи способом и разблокировать важные темы.

Сбор информации касается следующих областей:

- состав семьи;
- демографическая информация о семье (имена, пол, возраст, стаж брака, род занятий и образование членов семьи);
- настоящее состояние проблемы;
- история развития проблемы;
- анализ жизненного цикла семьи и линии времени (рождения, смерти, браки, разводы, переезды, проблемы с работой, болезни членов семьи и т. д.);
- реакции семьи на важные события семейной истории;
- родительские семьи каждого из супругов. Целью является сбор информации, по крайней мере, о трех-четыре поколениях, включая поколение идентифицированного пациента. Важной информацией являются сведения о приемных детях, выкидышах, абортах, рано умерших детях;
- другие значимые для семьи люди (друзья, коллеги по работе, учителя, врачи и т. д.);
- семейные взаимоотношения (есть ли в семье какие-либо ее члены, которые прервали взаимоотношения друг с другом; есть ли кто-нибудь, кто находится в серьезном конфликте; какие члены семьи очень близки друг к другу; кто кому в семье доверяет больше всего; все супружеские пары имеют некоторые трудности и иногда конфликтуют — по каким темам чаще всего конфликты?). Иногда полезно спрашивать, как присутствующие на встрече люди были бы охарактеризованы другими членами семьи. Задавая циркулярные вопросы, терапевт и члены семьи могут обнаружить различия во взаимоотношениях с разными членами семьи и ввести новую информацию;

Приложения

- семейные роли;
- О трудные для семьи темы: имеет ли кто-нибудь из членов семьи серьезные медицинские или психиатрические проблемы, проблемы с физическим или сексуальным насилием, употребляют ли в семье наркотики, злоупотребляют ли алкоголем, арестовывались ли когда-нибудь, если да, то за что, каков их статус сейчас.

Историческая перспектива расширенной семьи часто проливает свет на текущую проблему. Очень часто родители говорят, что до подросткового возраста проблем с ребенком не было. Начинаешь собирать анамнез — и убеждаешься, что проблема возникла задолго до рождения ребенка. Контекст трех поколений проливает свет на формирование симптома.

Получение информации о семейной истории помогает «приоткрыть» семейную систему и получить доступ к семейным мифам и секретам. Кроме того, работа с семейной историей дает большие возможности для смены взглядов членов семьи на собственные проблемы и симптомы.

При выявлении «тем» в семье клиента исследователь может использовать следующие вопросы:

1. Какими способами эта тема влияет на ваши установки, поведение, взаимоотношения с другими?
2. Как разные члены семьи реагировали на эти темы, каким способом?
3. Как тема препятствовала или способствовала улучшению вашей жизни или жизни членов других семей?
4. Кто из членов семьи боролся за изменение темы или ее прекращение?
5. Будет ли эта тема существовать у ваших детей? Как вы это осуществляете?
6. Если вы хотите «сменить пластинку», то с чего вы начнете?
7. Чем будет отличаться ваша жизнь, если вы измените тему?

8. Чем будут отличаться последующие поколения при смене темы?

Это упражнение проясняет работу с темой. Интерес к историческому происхождению темы, эмпатия к опыту предыдущих поколений, вовлечение в изменение темы или сценарий становятся очевидностью.

Следующий прием нарративного подхода служит для разбора текущего случая.

1. Какие убеждения и установки, которые влияют на настоящую проблему, поддерживаются членами семьи?
2. Какая ежедневная картина общения будет ответом на эти убеждения?
3. Какова центральная тема этой картины?
4. Используя генограмму, задайте вопросы, ориентированные на выяснение темы, и следите за повторениями темы между поколениями.
5. Наблюдайте, как тема проявляется в других контекстах вне семьи.
6. Придумайте сеть вопросов для критики или изменения темы.
7. Подумайте о возможных вмешательствах относительно темы.

При таком подходе симптом — это манифестация ведущей темы. Темы определяются способами организации жизненных событий. Поскольку в каждой семье имеется множество таких тем, психотерапевт старается обнаружить ту, что имеет непосредственное отношение к симптому, и расширить их узкий репертуар коммуникаций в ответ на симптом. Психотерапевт, использующий ведущую тему в дискуссии с семьей, помогает снять ее членам фиксацию на симптомах. Этот подход позволяет установить сотрудничество, предпринять совместные усилия по изучению и изменению тем. Однажды поднятая тема в психотерапии дает возможность членам семьи увидеть их симптомы совсем в другом свете, расширяя их выбор и стратегии поведения.

Приложение 5

КАРТА ИСТОРИИ РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА

Дата _____

Ребенок: _____ пол _____

Возраст _____ месторождения _____

Посещает _____ класс _____ программа _____

Инициатор обращения _____ заявленная проблема _____

Мать: _____ возраст _____

Образование _____ работает _____

В браке _____ лет; предыдущие браки _____

Другие дети (пол, возраст, отец, совместное проживание) _____

Отец: _____ возраст _____

Образование _____ работает _____

Предыдущие браки _____ другие дети _____

Домашние условия: число членов семьи, проживающих вместе _____

Число комнат в квартире _____, ребенок проживает (где, с кем?) _____

Дополнительная информация _____

Карта наблюдения

Дата _____

Ф И О _____

№ п/п	Сфера	Проявления
1	Коммуникативная	Входит первым Входит за руку с родителями Входит после родителей, прячется Здоровается первым Здоровается в ответ Здоровается невербально Отказ от приветствия
2	Внешность	Аккуратный Неопрятный Украшает себя (косметика, пирсинг, красит волосы) Внешне соответствует возрасту
3	Контакт с ПСИХОЛОГОМ	Улыбается в ответ на улыбку Улыбается без учета ситуации Остается нейтральным Прячет глаза, опускает голову Переспрашивает, уточняет Дает развернутые ответы, приводит примеры Дает односложные ответы Способен говорить без наводящих вопросов Обращается за поддержкой (вербальной, невербальной) к психологу к родителям Проявляет интерес к работе Равнодушен Отказ от работы, прерывает работу

Приложение _____

<i>No</i> п/п	Сфера	Проявления
4	Преобладающий фон настроения	Веселое; улыбается, шутит Доволен жизнью, спокоен Пассивен, заторможен, безразличен Грустен, печален Раздражен, угнетен
5	Поза	Удобная, непринужденная, свободные жесты Удобная, с тенденцией к неоправданной смене Частая смена позиции Неудобная, застывшая
5	Вегетативные проявления	Здоровый румянец Покраснение кожи Бледность Красные пятна Дрожь Слезы Прерывистый голос Заметно потеет
6	Особые проявления	Тики Подергивания Обкусывает ногти Сосет пальцы ^г ручки. Теребит одежду
7	Речь	Тихая Гоомкая Выразительная Бедная, скудная Чистая, четкая Смазанная, нечеткая Быстрая Медленная Неправильное произношение Заикание
8	Поведение родителей	Говорят от своего имени Говорят от имени ребенка Стимулируют ребенка говорить Не обращают внимания на ребенка Одергивают, не дают говорить Оказывают поддержку ребенку Реагируют на слова ребенка (вербально, невербально): положительно отоипательно
9	Другие наблюдения	

Особенности личности

№ п/п	Сфера	Проявления
1	Физическое состояние	Рост Вес Физ. особенности Оценка полового развития Соответствие возрасту (подчеркнуть) Ретардация, акселерация, гармоничное развитие
2	Внутренняя картина болезни	Знает/не знает причину обращения Может прямо обсуждать симптомы Обсуждение возможно только без участия ребенка Отношение к симптомам носит эгосинтонный, эгодистонный характер Как понимает свои симптомы и их причины Объяснения инициатора обращения (родителей) смысла симптомов и их причины Вторичная выгода симптома Осознается ребенком, не осознается ребенком Осознается родителями, не осознается родителями
3	Самооценка	Адекватная Низкая Завышенная
4	Мотивы	Обращения к психологу Посещения школы

Приложения

№ п/п	Сфера	Проявления
		Агрессивного поведения Сексуального поведения Иерархия мотивов: А Б Блокировка потребностей
5	Способность к адаптации	Устойчивость к стрессу Копинг-механизмы Наличие фобий Обсессивно-компульсивное поведение
6	Ресурсы и положительные особенности ребенка	Ресурсы Особенности
7	Наиболее важные темы	
8	Улучшение после первого контакта	было отмечено самим ребенком было отмечено родителями было отмечено друзьями не было отмечено
9	Другие личностные особенности	_____ _____ _____

Семейный анамнез

Генеалогия семьи матери

Член семьи	Характер	Отношения с супругом (с родителями)	Отношения с детьми	Заболевания	Увлечения	Тема
Мать						
Отец						

Генеалогия семьи отца

Член семьи	Характер	Отношения с супругом (с родителями)	Отношения с детьми	Заболевания	Увлечения	Тема
Мать						
Отец						

Родительская семья

Возраст при вступлении в брак: матери _____, отца _____

Условия заключения брака: _____

Приложения _____

Наличие других браков и причины разводов: _____

Возраст родителей при рождении ребенка: мать _____, отец _____

Микросоциальное окружение:

соседи _____

родственники _____

Недавние изменения в составе семьи: _____

Семейные надежды и планы: _____

Демографическая информация:

Раса _____, класс _____

Культурный уровень _____

Сексуальная ориентация _____

Общая характеристика семьи:

полная _____

неполная _____

гармоничная _____

проблемная _____

асоциальная _____

Горизонтальные стрессоры:

Вертикальные стрессоры: _____

Генограмма семьи

ОПИСАНИЕ:

ЖАЛОБЫ. ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ПРОБЛЕМЫ

Предъявленная проблема словами инициатора обращения:

Реакция пациента на обращение: _____

положительная _____

отрицательная _____

нейтральная _____

Определение пациентом жалоб: _____

Приложения

Прогноз жизни пациента без проблемы: _____

Проблема возникает: чаще всего _____

реже всего _____

Способы вовлечения пациента в проблему: _____

Установки по отношению к проблеме: _____

Социокультурная поддержка проблемы: _____

Контекст проблемы: _____

Опыт общения пациента со специалистами помогающих профессий:

в настоящее время _____

прошлый опыт _____

влияние прошлого опыта _____

История развития *взаимоотношений* пациента с проблемой: _____

Экстернализация проблемы _____

Мотивация на работу с психологом

Приложение 6

ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПОДРОСТКА (ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС)

Психиатрическое обследование после анализа жалоб, сбора анамнеза должно сопровождаться описанием психического статуса пациента примерно по следующей схеме с вариантами формулировок по разделам.

Сознание (ориентировка ребенка в собственной личности, в месте, во времени). У ребенка наблюдаются приступы (припадки) без потери сознания (с кратковременной потерей сознания), которые не сопровождаются судорогами, непроизвольным мочеиспусканием, стулом, пеной изо рта, прикусыванием языка.

Неврологический статус. Функции ЦНС. Необходимо исследовать даже легкие нарушения речи, грубой и тонкой моторики, распознавание правой и левой стороны, снижение мышечного тонуса, обращать внимание на нистагм, косоглазие, асимметрию рефлексов, право- или леворукость, предпочтение правой или левой ног, тремор, глазодвигательные реакции, гиперкинезы и общий уровень активности, манеру общения. Пространственно-временные представления, их сформированное ^.

Поведение, внешний вид (особенности позы, мимики, жестов, выражение лица, манера держаться, странности в поведении). Психомоторное поведение. Мимика скудная (живая). Выражение лица: веселое, грустное, угрюмое, злобное, задумчивое. Жестикуляция: активная, неактивная, полное ее отсутствие, двигательная заторможенность.

Контакт, его характер. Исследуются особенности вступления в контакт, невербальные признаки коммуникации: пассивное, агрессивное или уверенное поведение («Продуктивному контакту недоступен. На обращенную к нему речь реагирует не сразу. На вопросы не отвечает»).

Настроение (описание). Аффекты. Следует наблюдать за такими аффектами, как тревога, депрессия, страх, чувство вины, агрессия, апатия. Эмоциональная сфера, вегетативный компонент эмоций, выразительность («Ребенок безразличен к своему состоянию или эмоционально устойчив, тревожен либо сильно взволнован; боится темноты, высоты, полетов в самолете, толпы, открытых пространств, тяжелого заболевания»).

Познавательная сфера. Внимание (устойчивость, переключаемость, отвлекаемость, привлекаемость, истощаемость). Память (кратковременная, долговременная, наличие патологических нарушений памяти).

Характеристика мышления: 1) по темпу, 2) по структуре, 3) по наличию (отсутствию) продуктивных нарушений («Ребенок отмечает состояния, при которых ему трудно справиться с потоком мыслей; иногда бывают состояния, при которых он перестает узнавать слова при чтении, плохо понимает значение длинных фраз; бывают мысли о том, что он может выкрикнуть какую-нибудь непристойность, ругательство»).

Конкретность — абстрактность мышления, умение определять сходства, различия, исключить лишнее, составлять рассказ, определять последовательность по сюжетным картинкам или по программному материалу, читать стихи, понимать метафоры, «крылатые» выражения, пословицы и поговорки; счет в прямом и обратном порядке, чтение и письмо.

Оценка интеллекта. Запас общих сведений и представлений об окружающем мире. Суждения и критика. (Для оценки способности ребенка к правильному суждению и критике можно спросить, что, по его собственному мнению, вызвало необходимость консуль-

тации, как он относится к отклонениям в своем поведении, кто и что ему может помочь.)

Наличие психотических симптомов — галлюцинаций, бреда, расстройств восприятия («Ребенок слышит голоса, которые звучат внутри, носят дружелюбный характер»). Он отмечает ощущение инородного тела на коже (внутри живота, в голове). Подросток испытывает ощущения, когда окружающие предметы кажутся ему искаженными (странными, непохожими на себя, необычной формы (уменьшенной, увеличенной), расположенными на более дальнем (близком) от него расстоянии, чем это на самом деле), совсем неизвестными. Ребенок ощущает* временами уменьшение (увеличение) своего тела (частей тела) при закрытых (открытых) глазах. Он отмечает чуждость собственных мыслей, чувств. События, происходящие с ним, наблюдает как бы со стороны.

Суициды — жестокое обращение — сексуальное злоупотребление — эмоциональное отвержение — злоупотребление родственниками психоактивными веществами.

Особенности личности подростка

Физическое состояние: рост, вес, физические особенности. Соматический статус, включая оценку полового развития. Соответствие физического развития возрасту: ретардация, акселерация.

Характеристика степени личностной зрелости. Временная перспектива (жизненные планы).

«Условная приятность» (вторичная выгода) симптомов.

Внутренняя картина болезни (как понимает подросток свои симптомы, их значение). Объяснения (понимание) родственников (матери, отца, других родственников) по тем же критериям. Изучение общей картины проблем (симптомов) пациента, его отношения к ним (эгодистонное, эгосинтонное расстройство). Знает ли ребенок причину обращения к специалисту,

Приложения

может ли он прямо обсуждать эту тему или это следует делать опосредованно (через разговоры и игру в кукольный театр, через рисунки, с помощью методики взаимного рассказывания сказок, с применением методов гипноза, с использованием психодиагностических методов). Стало стандартной психиатрической практикой оценивать степень «понимания болезни» пациентом — для того, чтобы провести различие между психотиками и непсихотиками.

Самооценка (адекватная, низкая, завышенная).

Мотивы поведения. Надо исследовать мотивы поведения, особенно в сексуальной сфере и сфере агрессии. Обратит внимание на иерархию мотивационно-потребностной сферы, выяснить блокировку основных потребностей, определить временную перспективу

Защитные факторы (ресурсы): личные, семейные особенности, опыт и знания, предохраняющие от факторов риска и способствующие быстрому восстановлению душевных сил.

Способность к адаптации, устойчивость к стрессу. Копинг-механизмы (механизмы совладания с трудностями и со стрессом). Защитные системы. Наличие защиты можно изучать по наличию или отсутствию фобий, обсессивно-компульсивного поведения (невротические механизмы защиты — бессознательные способы редукции эмоционального напряжения).

Ресурсы и положительные особенности ребенка

Подчеркивание наиболее важных проблем, которые могли бы послужить ключом к психотерапевтическому воздействию.

Получение информации о мотивации пациента к работе с психологом.

Улучшение, отмеченное после первого контакта.

Диагноз

Содержит информацию, отражающую биопсихосоциальные причины происхождения проблемы или расстройства. Заключение должно отражать диагноз,

необходимость проведения дифференциального диагноза, в случае проведения психодиагностического исследования — необходимость изучения конкретных психических функций, например, мышления.

Все данные для удобства анализа отразить в карте исследования подростка (табл. 1), визуальное изучение которой позволит не только продумать полный клинический диагноз, но и решить, нуждается ли подросток в более тщательном психопатологическом анализе.

Карта первичного приема подростка

Фамилия, имя, отчество _____

Год рождения _____

Дата заполнения _____

Состоит ли на учете у психиатра (нарколога) _____

Анонимное обращение _____

Адрес _____

Кто обратился: ребенок, родители, представители учреждения, прочие (нужное подчеркнуть)

Диагностические категории	Описание
Жалобы	
Генетический анамнез (наследственность)	
Семейный анамнез	
С кем живет ребенок (состав семьи)	
Психологическая характеристика семьи	
Актуальность материальных проблем для семьи	
Генограмма семьи	
История развития ребенка	
Анамнез заболевания	
Наркологический анамнез	Алкоголь эпизодически Алкоголь постоянно Наркотики эпизодически Наркотики постоянно Табакокурение Другие виды психоактивных веществ

Диагностические категории	Описание
Мотивы потребления психоактивных веществ	
Ресурсы и положительные особенности подростка	
Соматический статус, включая оценку полового развития	
Неврологический статус	
Чувствительность	
Двигательная сфера	
Тремор	
Состояние зрачков	
Прочие сомато-неврологические нарушения	
Психический статус	
Сознание	
Поведение, внешний вид	
Эмоциональная сфера	
Когнитивная сфера	
Внимание, память, характеристика мышления, оценка интеллекта	
Наличие психотических симптомов	
Критика своего поведения	
Суицидные мысли и намерения	
«Условная выгодность» симптомов	
Социально-психологическая адаптация	
Ресурсы и положительные особенности подростка	
Мотивация пациента к изменениям и реабилитации	
Клинический (психологический) диагноз	
Данные психологического тестирования	

Подпись консультанта

Примечание. Функциональный анализ симптомов или поведения: адекватность возрасту и полу, специфичность психопатологии, коморбидность, ситуационные и временные параметры, условия появления, негативные и позитивные последствия.

Приложение 7

СТРУКТУРНОЕ ИНТЕРВЬЮ ПО КЕРНБЕРГУ

Структурное интервью помогает провести четкие разграничения при дифференциальной диагностике (особенно пограничных состояний). Кроме того, оно дает информацию относительно прогноза и показаний к психотерапии, а также представление о мотивах пациента, способности к интроспекции и сотрудничеству, позволяет оценить потенциальную возможность психотической декомпенсации.

Структурное диагностическое интервью сочетает в себе психоаналитическое наблюдение, направленное на взаимодействие пациента и терапевта, с психоаналитической техникой интерпретации конфликтов и защитных действий, проявляющихся в этом взаимодействии. Цель же данного подхода заключается в том, чтобы выявить как ключевые симптомы, в которых проявляется психопатология, так и лежащую за ними структуру личности.

Важной чертой данного подхода является его циклическая природа. Образ ключевых симптомов, размещенных вдоль окружности (см. рис. 2), дает терапевту, переходящему от одного симптома к другому, возможность возвращаться столько раз, сколько это необходимо, к одной и той же теме, но в новом контексте, на более поздних стадиях интервью, заново проверяя свои первоначальные впечатления.

Терапевт концентрируется на важнейших симптомах, исследуя их по мере того, как они проявляются здесь-и-теперь (т. е. в настоящем интервью), используя прояснение, конфронтацию, осторожную интер-

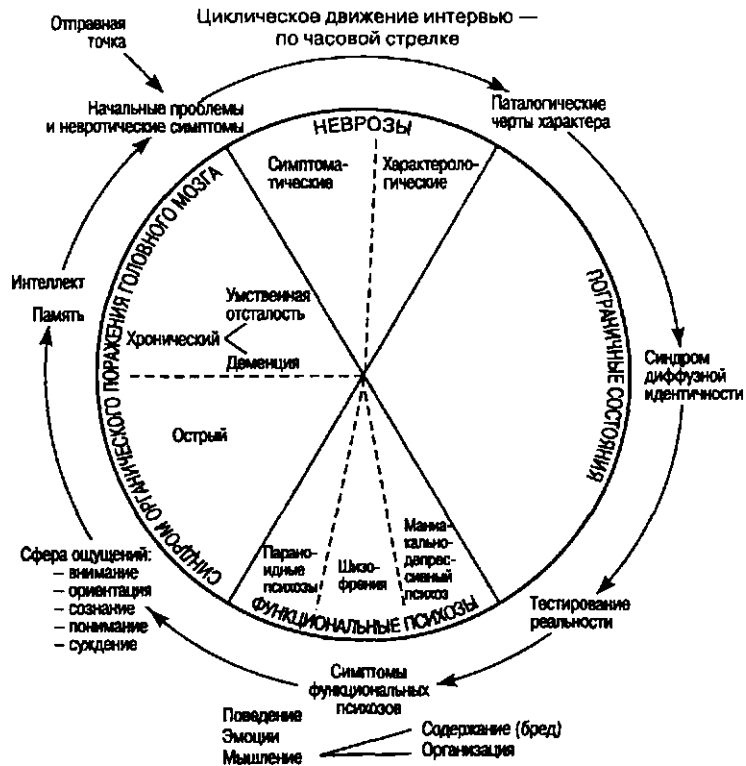


Рис. 2. Процесс интервью: движение по ключевым симптомам

претацию и пристально следя за реакциями пациента, от которых во многом зависит структурный диагноз.

Перед терапевтом стоят одновременно три задачи. Он должен исследовать субъективный внутренний мир пациента, наблюдать поведение пациента в его взаимодействии с терапевтом в процессе интервью и быть внимательным к своим собственным эмоциональным реакциям на пациента, поскольку они помогают выявить природу скрытых объектных отношений. Терапевт оценивает все отклонения в эмоциях, мышлении или поведении пациента и открыто и тактично обсуждает с ним свои наблюдения, замечая при этом, насколько пациент способен чувствовать эмпатию

тию к переживаниям терапевта. С аналитической точки зрения необходимо оценить способность к интроспекции и инсайту, а с психопатологической — способность к тестированию реальности.

На основе анализа реакций пациента дифференцируются невротические, пограничные и психотические структуры. Поскольку у пограничных пациентов сохранена способность к тестированию реальности, у них часто происходят неожиданные изменения и улучшение функционирования в ответ на прояснения, конфронтации и интерпретации терапевта. Хотя в то же время открывается пустота, хаотичность их личности и трудности их объектных отношений. В отличие от психотических пациентов, пограничные пациенты обычно сохраняют способность к интроспекции и к инсайту относительно причин своего противоречивого поведения. Пациенты с психотической структурой не способны отделить свои фантазии от реальности, поэтому, когда терапевт пытается прояснить некоторые события, в ответ он получает признаки нарушения тестирования реальности. Пациенты же с невротическими нарушениями обладают целостной Я-концепцией, что вызывает у терапевта углубление эмпатии по отношению к различным сторонам их конфликтов и реальной жизни.

Начальная фаза интервью

Хорошо начать интервью с нескольких последовательных вопросов, которые ясно показывают пациенту, чего вы от него ожидаете, а также предполагают возможные способы ответа. Вот пример типичного начала: «Мне интересно узнать, что привело вас сюда, в чем заключаются ваши сложности и проблемы, чего вы ожидаете от терапии, как вы сами смотрите на все это». Способность пациента понять серию вопросов и их запомнить позволяет судить о некоторых ключевых симптомах. Более того, способность четко и ясно отвечать на вопросы свидетельствует о развитой сфе-

Приложения

ре ощущений, хорошей памяти и нормальном, если не высоком, уровне интеллекта.

Такое введение позволяет терапевту косвенно оценить, насколько сам пациент осознает свои нарушения и насколько он хочет от них избавиться, а также насколько реальны его ожидания по отношению к терапии.

В ответ на такие вопросы пациент, не страдающий психозом или психопатологией органического происхождения, может начать свободный разговор о своих невротических симптомах и психологических проблемах социальной жизни, которые указывают на патологические черты характера; таким образом, отмечается косвенный признак нормальной способности к тестированию реальности.

Если существует несоответствие между вопросом и ответом, полезно попытаться тактично прояснить причину данного несоответствия. То есть, «войдя» в диагностический цикл через выявление симптомов, терапевт может быстро перейти к прояснению, конфронтации и интерпретации трудности, что позволит ему понять, происходит ли замешательство пациента из-за интенсивной тревоги, психотического неверного понимания всей ситуации, негативизма, нарушения ощущений или же серьезных расстройств памяти и интеллекта.

Ответ пациента может почти или совсем не иметь отношения к заданному вопросу. Пациент, страдающий тяжелой шизофренией, пациент с гипоманиакальным синдромом или серьезной патологией характера может воспользоваться первоначальным контактом с терапевтом, чтобы выразить свою бредовую идею или навязчивый перфекционизм, пытаясь прояснить каждое предложение, сказанное терапевтом. Мазохистичный пациент может начать плакать, как если бы ему предложили невыносимо тяжелое задание. Все подобные реакции следует тактично исследовать, снова проясняя свой вопрос и в то же время пытаясь понять, какие именно трудности этот вопрос вызывает у пациента.

Таким образом, данный этап начальной фазы позволяет создать образ пациента, выявить ранние проявления потери тестирования реальности, психотические симптомы и острые или хронические органические симптомы и одновременно обнаружить преждевременное развитие переноса, свойственное пациентам с серьезными расстройствами характера.

Все это представляет первый цикл исследования всего периметра ключевых симптомов.

Если ответы пациента показывают хороший уровень функционирования сферы ощущений, памяти и интеллекта, можно предположить, что важнейшая информация о невротических симптомах уже получена. Здесь терапевт может исключить синдром органического поражения головного мозга. Тогда интервью, двигаясь по периметру, переходит к исследованию патологических черт характера и оценке степени тяжести нарушений.

Первый вопрос фокусировки интервью на чертах характера может звучать так: «Вы рассказали мне о ваших проблемах, а теперь я хотел бы узнать побольше о том, какой вы человек. Опишите, пожалуйста, как вы себя представляете; что, по-вашему, мне важно узнать, чтобы действительно понять, что вы за человек». Для пациента такой вопрос — непростая задача, он призывает к более глубокому исследованию, что при оптимальных условиях способно погрузить пациента в состояние саморефлексии. Он может начать описывать свои чувства по отношению к самому себе, важные стороны своей жизни и, в частности, основные взаимоотношения со значимыми другими.

Если пациент сможет спонтанно рассказывать о себе, — это признак хорошей способности к тестированию реальности. Психотики, которые умеют создать видимость нормального контакта с реальностью, до этого момента интервью могут и не проявлять никаких признаков серьезных нарушений. Но они совершенно не способны ответить на открытый вопрос, поскольку для этого требуется эмпатия по отношению

Приложения

к обычным аспектам социальной реальности. Способность пациента глубинно исследовать свою личность подтверждает нормальную способность к тестированию реальности. В этом случае терапевт может исключить психотические нарушения из типов предлагаемого диагноза.

Иногда пациенту чрезвычайно трудно говорить о себе в такой неструктурированной форме по причинам, связанным с его культурным уровнем или с его личностью. Тогда терапевт может попросить, чтобы пациент описал свои взаимоотношения с наиболее значимыми людьми, рассказал о своей жизни, учебе или работе, о семье, сексуальной жизни, социальных взаимоотношениях, о том, как он проводит свободное время. Неспособность ответить на такие прямые вопросы может оказаться признаком, заставляющим подозревать серьезное расстройство характера. Тогда терапевт исследует признаки диффузной идентичности (для дифференциальной диагностики пограничной организации личности) или еще раз возвращается к оценке способности к тестированию реальности.

В таком случае терапевт указывает пациенту, что у специалиста складывается впечатление, что его подопечному трудно говорить о себе как о личности, затем спрашивает, что думает об этой проблеме сам пациент, в какой мере эта трудность зависит от обстоятельств интервью, от общего страха перед ситуацией, когда тебя расспрашивают (так исследуется возможность наличия параноидных черт). Или же эта трудность отражает общую проблему пациента в понимании самого себя (оценка шизоидных черт). У пациента с пограничной личностной организацией в качестве реакции на такой вопрос могут активизироваться примитивные механизмы защиты, такие, как проективная идентификация, расщепление, примитивная диссоциация противоречащих друг другу аспектов Я, отрицание, грациозность, фрагментация аффектов, всемогущество или обесценивание. В таком случае терапевт через определенный промежуток времени по-

чувствует напряжение, он может также ощутить, как уменьшается его внутренняя свобода во взаимодействии с пациентом. И лишь потом он может понять, что на адекватные и реальные взаимоотношения в ситуации интервью возникло особое регрессивное объектное отношение. В случае активации примитивных защитных механизмов интервью фокусируется на определенном сегменте периметра ключевых симптомов, а именно на том сегменте, который начинается с патологических черт характера, включает в себя диффузную идентичность и заканчивается тестированием реальности.

Таким образом, сначала важно понять, не является ли структура личности пациента психотической, о чем мы судим по отсутствию тестирования реальности. После этого можно исследовать пациента на наличие синдрома диффузной идентичности. Именно по ощущению своей идентичности можно отличить пограничное расстройство характера без пограничной патологии (когда сохранена целостность идентичности).

Если же в процессе исследования становится ясно, что способность к тестированию реальности нормальна, тогда интервью входит в среднюю фазу, в которой главным моментом исследования становится оценка идентичности (и, следовательно, проводится дифференциальная диагностика пограничной организации личности). Но если при исследовании личности пациента мы выявили признаки нарушения в сфере тестирования реальности, тогда интервью должно сфокусироваться на природе психоза у пациента.

Средняя фаза интервью

Пограничная личностная организация

Пациентам с пограничной личностной организацией свойственна диффузная идентичность.

У пациентов с пограничной личностной организацией выявление диссоциации в Я-концепции и в

концепциях значимых Других обычно вызывает активизацию примитивных защитных механизмов, что скорее проявляется во взаимодействии с терапевтом, чем в содержании вербального общения. Чем в большей мере актуальное взаимодействие пациента с терапевтом меняется, сдвигается или нарушается вследствие работы защитных процессов, тем больше оснований полагать, что примитивные защитные механизмы у пациента являются основными. Это подтверждает значимый структурный критерий диагноза пограничной организации личности. Пациенты с пограничной личностной организацией смешивают информацию о своем прошлом со своими актуальными трудностями. Пристальное исследование жизни пограничного пациента в настоящий момент, с особенным вниманием к признакам синдрома диффузной идентичности — и в этом контексте к природе его объектных отношений — обычно дает нам ценные сведения, позволяющие выяснить тип и степень тяжести патологии характера. Эту информацию надо дополнить подробным исследованием невротических симптомов, которые выражены на данный момент. В таких случаях лучше собрать сведения о прошлом лишь в общих чертах, не пытаясь применить прояснение и конфронтацию или интерпретировать картину прошлого, описанную пациентом; информацию о прошлом надо принимать такой, какой ее дает пациент. Пациентам, как уже говорилось, с пограничной личностной организацией свойственна диффузная идентичность, но у нарциссической личности все осложняется еще одним феноменом. Обычно у нарциссической личности Я-концепция целостная, но патологическая и несущая в себе черты грандиозности. Тем не менее мы видим у нарциссической личности явные признаки недостаточной интеграции отношений со значимыми Другими, что свидетельствует о диффузной идентичности и преобладании примитивных защит, в частности всемогущества и обесценивания.

Структурные характеристики нарциссической личности не так скоро проявляются в процессе структурного интервью, как это бывает у пограничных пациентов с другим типологическим измерением. В типичном случае терапевт видит пациента, который не проявляет каких-либо признаков нарушений Я-концепции. Но неожиданно в средней фазе интервью терапевт обнаруживает, что описания других людей, о которых сообщает пациент, очень поверхностны, он не способен глубоко описать их, и этому сопутствует малозаметное, но все прорывающееся чувство собственной грандиозности, часто параллельно с тонким презрением к терапевту. Иногда, когда мы имеем дело с хорошо адаптированной нарциссической личностью, диагноз проясняется именно в тот момент, когда пациент начинает описывать свои взаимоотношения со значимыми Другими, во взаимодействии же пациента и терапевта нарциссизм сможет заметить только терапевт с большим опытом.

В отличие от нарциссической личности, другие пациенты с пограничной патологией при исследовании их мотивов обращения за психологической помощью и их представления о терапии, сразу выдают хаотичный, явно бессмысленный набор сведений и нереалистичных ожиданий, а также странные и неадекватные мысли, действия или чувства по отношению к терапевту, так что возникает необходимость немедленно исследовать их способность к тестированию реальности.

Иными словами, стратегия исследования ключевых симптомов следующая. Когда у пациента с очевидными проявлениями патологии характера мы находим нарушения в эмоциях, мышлении или поведении, которые заставляют нас поставить под сомнение его способность к тестированию реальности, тогда надо перейти к исследованию этой способности. После этого вернуться к дальнейшему углублению исследования патологических черт характера, проявляющихся вне диагностической ситуации. Если же мы убеждены, что

Приложения

способность к тестированию реальности сохранена, тогда стоит углубляться в черты характера и собирать сведения о сложностях в жизни пациента вне актуальной ситуации. Цель такого подхода — начать сбор сведений относительно диффузной идентичности и примитивных механизмов защиты со сравнительно «нейтральных» областей, и лишь позже связать эту информацию с исследованием проявлений характера, которые можно было наблюдать в ходе интервью.

У типичного пограничного пациента невротические симптомы смешаны с диффузными, генерализованными хаотичными проблемами, отражающими серьезные личностные нарушения. Можно сказать, что чем тяжелее расстройство характера, тем менее достоверны и, следовательно, менее ценны данные анамнеза. Поэтому в данном случае трудно или совсем невозможно связать основные конфликты сегодняшнего дня с психодинамическими сведениями из прошлого пациента. И парадоксальным образом диссоциированные друг от друга интрапсихические конфликты проявляются очень быстро в содержании общения таких пациентов. Таким образом, главные конфликты пограничных пациентов непосредственно попадают в сферу нашего внимания уже на начальных диагностических сессиях.

У пациентов с пограничной личностной организацией, особенно у пациентов с нарциссической структурой личности (даже в тех случаях, когда на внешнем уровне они функционируют не как пограничные пациенты) важно исследовать сферу антисоциального поведения. Важно выяснить, не было ли у пациента проблем с законом, насколько ему свойственны воровство, кражи в магазинах, привычная ложь, необычная жестокость. На практике это исследование должно вписываться в цельную картину сведений, полученных из других сфер жизни пациента. Когда такие вопросы задаются прямо и естественно в контексте других данных, ответы бывают на удивление прямыми и честными.

Психотическая структура личности

По наличию или отсутствию синдрома диффузной идентичности мы отличаем во время структурного интервью пограничную патологию характера от других уровней организации личности. А наличие или отсутствие тестирования реальности является важнейшим критерием дифференциации пограничной организации личности от психотического уровня.

Здесь автор говорит о пациентах с функциональными психозами, а не с психозами, которые развиваются как вторичный феномен при остром или хроническом синдроме органического происхождения головного мозга. К этой группе относится весь спектр шизофрении, основные аффективные психозы и параноидные психозы, которые не вписываются в невротические и пограничные группы синдромов. У всех «психотиков» нарушена способность к тестированию реальности. В типичном случае психоза нарушение тестирования реальности проявляется у пациента уже при ответе на первоначальные вопросы терапевта, кроме того, неспособность дать понятные ответы заставляет терапевта начать исследование на предмет наличия острого или хронического синдрома органического поражения головного мозга.

В тех исключительных случаях, когда пациент совсем не способен ответить на первые вопросы, терапевт сначала должен попытаться убедиться в том, что пациент их услышал или понял. Если пациент был способен войти в кабинет и воспринимает окружающую обстановку, то его полный мутизм свидетельствует скорее в пользу функциональных психозов, нежели церебрального синдрома. Тем не менее терапевту следует пройти по полному кругу ключевых симптомов. Надо исследовать ощущения, затем память и интеллект, прежде чем подойти к тестированию реальности и важным психотическим симптомам в сфере поведения, чувств и мышления (его содержания и организации), а также оценивать наличие галлюцинаций.

Исследование сферы ощущений можно начать с **проверки внимания** пациента: «Я задал вам вопросы, и вы не ответили. Вы хорошо расслышали и поняли, что я сказал?». Если пациент продолжает молчать, то надо убедиться в том, что он слышит и понимает, выражая это невербально. При таких сложных обстоятельствах важно выяснить, понимает ли он слова и пытается ли общаться, даже если он не может говорить.

Если, несмотря на все попытки, мы не получаем ответа, то это является признаком кататонического синдрома, шизофрении или тяжелой психомоторной заторможенности при самых тяжелых эпизодах депрессии.

Очевидно, что необходимо снова вернуться к первым вопросам о том, что привело пациента к нам, в чем заключаются его сложности, чего он ожидает от терапии и как сам ко всему этому относится. Если при второй попытке мы снова получаем неадекватный, спутанный или сбивающий с толку ответ или же такой ответ сопровождается неадекватными чувствами или поведением, терапевт должен обратить внимание на эти патологические мысли, эмоции или формы поведения, тактично поделиться своими наблюдениями с пациентом и досконально исследовать, в какой степени пациент может чувствовать эмпатию по отношению к реакции терапевта на все странное или необычное, исходящее от пациента.

Общая тактика проведения структурного интервью с пациентом, страдающим психозом, такова, когда прояснение и тактическая конфронтация подтверждают нарушение тестирования реальности, мы перестаем высказывать свои сомнения по поводу процесса мышления, искажений реальности или внутренних переживаний пациента. Напротив, в такой ситуации надо стараться найти в себе эмпатию по отношению к внутренней реальности пациента, чтобы углубить свое понимание психотического процесса. По той же причине на средней и заключитель-

ных фазах структурного интервью терапевт может незаметно приспособить свои техники к серьезным нарушениям общения, которые есть у пациента, так, чтобы заключительная фаза не пугала пациента или снижала бы его тревогу.

Иногда мы встречаем пациентов с психозами, которые при первом контакте разговаривают достаточно адекватно и свободно. Лишь когда терапевт, полагая, что имеет дело с серьезной патологией характера, исследует представление о реальности, он обнаруживает его отсутствие. В таком случае ход интервью близок к исследованию типичного пограничного пациента. Фактически пациенты с бредом и галлюцинациями иногда вначале подают свои бредовые идеи и галлюцинации как, соответственно, сверхценные (или навязчивые) идеи или иллюзии (псевдогаллюцинации). В таких случаях важно исследовать, в какой степени пациент пытается изобразить «разумную» или «нормальную» оценку своих мыслей и своего восприятия по той причине, что боится показаться другим «ненормальным».

Когда исследование неадекватных форм поведения, эмоций или мышления не помогает оценить способность к тестированию реальности и когда нет четких признаков галлюцинаций или бреда, можно применить более сложную технику ведения интервью: интерпретацию действия примитивных защитных механизмов *здесь-и-теперь*. Интерпретация защитных механизмов *здесь-и-теперь* усиливает способность к тестированию реальности у пациентов с пограничной организацией личности, но уменьшает — у пациентов с психозом.

Иногда возникает резкое улучшение или ухудшение взаимодействия сразу после интерпретации. Иногда же реакция пациента не столь ясна. Пациенты с параноидным психозом, осознающие реальность в достаточной мере для того, чтобы скрывать свои настоящие мысли или страхи, после такого пробного вмешательства терапевта могут просто стать более уклончивыми. Самым сложным испытанием для те-

Приложения

терапевта является параноидный пациент, у которого нельзя четко провести дифференциальную диагностику, чтобы понять, имеет ли дело с параноидной личностью или же с параноидным психозом.

В тех случаях, когда мы имеем дело с активным психозом, в частности, с шизофренией или с маниакально-депрессивным психозом, структурное интервью, главным образом, фокусируется на природе симптомов, которые на данный момент есть у пациента, с тем чтобы определить тип психоза и его форму. В таких случаях систематическое исследование истории болезни, как и истории жизни, должно опираться на дополнительные источники информации, а это уже выходит за рамки структурного интервью.

Острый и хронический синдром органического поражения мозга

Если пациент не способен адекватно ответить на первоначальные вопросы, это может быть признаком нарушения сферы ощущений (что типично для острого церебрального синдрома) или значительного снижения памяти и интеллекта (что типично для хронического) — в таких случаях надо от исследования жалоб пациента перейти к оценке сферы ощущений памяти и интеллекта.

Оценка сферы ощущений, куда относятся спонтанное и произвольное внимание, ориентация, состояние сознания, понимание и суждение, помогает выяснить, имеем ли мы дело с запутанностью, характерной для острого синдрома органического поражения головного мозга, или же это признак острого функционального психоза, в частности шизофрении. При тактичном исследовании того, в какой степени сам пациент осознает, что ему трудно уловить суть вопросов терапевта или вообще понять ситуацию интервью, постепенно могут выявиться признаки дезориентации, снижение способности осознавать, общее снижение способности воспринимать понятия — все

**Идиосинক্রазия —
алогичное неприя-
тие**

типичные черты острого синдрома органического поражения мозга. И, напротив, в высшей степени идиосинক্রазические ответы пациента, в которых спутанность и замешательство соседствуют с хотя и странными, но организованными формулировками, характерны скорее для шизофрении. Серия прямых вопросов, в которых присутствуют прояснение и конфронтация, направленных на трудности общения пациента, а также исследование его способности к интроспекции, помогает при дифференциальной диагностике, когда терапевт стремится понять, какова природа состояния спутанности: органическое церебральное нарушение или же шизофрения.

У пациентов, чьи сложности при ответе на вопросы отражают скорее недостаточность памяти и интеллектуального понимания, прямой разговор об этих проблемах может облегчить переход к систематическому обследованию памяти и интеллекта (в частности, способности к абстрактному мышлению). Например, терапевт говорит: «Мне показалось по вашему ответу, что вам трудно сосредоточиться и у вас проблемы с памятью. Разрешите задать вам несколько вопросов, чтобы оценить вашу память». После таких слов можно начать стандартное обследование памяти и интеллекта.

Действительно, обнаружив нарушения в сферах памяти и интеллекта, можно деликатно выяснить у пациента, в какой мере он сам осознает эти проблемы и озабочен ли ими, насколько его расстраивают плохая память и спутанность мыслей. Если пациент не замечает, что у него явные трудности, или же страстно отрицает их наличие, то терапевт может применить тактичную конфронтацию по поводу несоответствия того, что он видел, тому, что говорит пациент. Если эта конфронтация усиливает отрицание, можно предположить, что мы видим у пациента недостаточность тестирования реальности по отношению к своим органическим проблемам, и тогда можно думать о диагнозе деменция (слабоумие).

Приложения

В менее тяжелых случаях хронического церебрального синдрома пациент может в той или иной степени осознавать свои проблемы и говорить о них. Тем не менее иногда можно заметить, что пациент не чувствует адекватной тревоги или депрессии по этому поводу, что также является признаком изменения личности с потерей тестирования реальности, что свойственно деменции. В таких случаях — прежде чем мы перейдем к исследованию несоответствия между потерей памяти и интеллектуальными способностями, с одной стороны, и эмоциональным состоянием пациента, с другой, — важно узнать, сталкивался ли он с подобными трудностями в учебе, работе, отношениях с людьми и в своей социальной жизни вообще. Так исследование признаков синдрома органического поражения мозга расширяется посредством кругового движения по ключевым невротическим симптомам и патологическим чертам характера в социальной жизни.

Невротическая организация личности

У пациентов-невротиков не предполагается полной гармонии, но у них должна существовать центральная субъективная цельная Я-концепция. Поэтому пациенты с симптоматическими неврозами и расстройствами характера непограничного типа способны в начальной фазе структурного интервью осмысленно рассказать о том, что заставило их обратиться за помощью и чего они ожидают от терапии. Такие пациенты не проявляют причудливых, странных или абсурдных форм поведения, эмоций, мыслей. Они способны осмысленно развернуть картину своих симптомов или сложностей и ясно понимают не только содержание вопросов терапевта, но и более тонкий косвенный смысл вопросов.

Таким образом, у невротиков сохранена способность тестировать реальность, что позволяет отбросить предположение о психозе, а нормальные сфера

ощущений, память и уровень интеллекта позволяют исключить синдром органического поражения мозга. Поэтому главным фокусом внимания терапевта по периметру круга ключевых симптомов становится область патологических черт характера. Вопросы направлены на сложности пациента в сфере межличностных отношений, в сфере адаптации к окружению, а также на то, как он воспринимает свои психологические потребности.

Все затронутые ранее темы, касающиеся сложностей такого рода, должны быть исследованы, а затем необходимо задать более общий вопрос: «Теперь я бы хотел узнать побольше о вас как о человеке, о том, каким вы видите себя, как, по-вашему, вас воспринимают окружающие, обо всем, что помогло бы мне за короткое время получить о вас достаточно глубокое представление». С помощью такого вопроса можно искать дополнительные сведения о характерологических проблемах, он помогает поставить более специфический диагноз, касающийся основных патологических черт характера, доминирующего конфликта или темы. В то же время такой вопрос позволяет выявить синдром диффузной идентичности.

Если на данном этапе интервью пациент сообщает сведения, которые в сознании терапевта не складываются в цельную картину, то необходимо исследовать эти противоречия. Цель терапевта — оценить, в какой мере пациенту свойственны противоречащие друг другу Я-репрезентации (признак диффузной идентичности) или насколько у него цельный, хорошо интегрированный образ Я. Довольно часто у человека существуют периферические области переживания своего Я, которые противоречат хорошо интегрированной центральной арене субъективных переживаний Я. Эти периферические переживания сам пациент воспринимает как нечто чуждое Эго или как эгодистонные переживания (мешающие личности), не вписывающиеся в цельную картину. Такие изолированные арены могут быть важным источни-

Приложения.

ком интрапсихических конфликтов или межличностных сложностей, но они не являются признаком диффузной идентичности.

После исследования целостности Я-концепции пациента изучается интегрированность концепции значимых Других. Терапевт может воспользоваться таким вопросом: «Расскажите, пожалуйста, о людях, которые много значат в вашей жизни. Попробуйте рассказать о них так, чтобы я за короткое время мог себе их ясно представить». Так можно исследовать интегрированность объект-репрезентаций или ее недостаток и, следовательно, степень нарушения межличностной жизни пациента. В процессе такого исследования выявляется как целостность идентичности или ее диффузность, так и природа объектных отношений пациента.

По мере развития этой части интервью с типичным невротиком терапевт должен особенно внимательно наблюдать за тем, какое действие исследование оказывает на актуальное взаимодействие между ним и пациентом. Исследование запутанных тем может усилить тревогу пациента и мобилизовать его основные защитные действия. В типичном случае у пациента, страдающего неврозом, эти защиты достаточно незаметны, так что на практике довольно сложно увидеть их работу при первоначальных контактах.

Если мы не видим проявления диффузной идентичности или работы примитивных защитных механизмов у пациента, стоит перейти к исследованию главных тем конфликта, природы подавления эмоций или развития симптоматики. В этом исследовании стоит дойти до сознательной и пред сознательной границы его понимания — другими словами, до границы его барьеров вытеснения. В этих случаях терапевт, ставящий диагноз, может сформулировать динамические гипотезы о действии интрапсихических конфликтов. Эти гипотезы нередко подкрепляются естественными связями между настоящими переживаниями пациента и его воспоминаниями о прошлом, но не

стоит забывать, что такие связи в значительной мере предположительны. Чем более здоров пациент, тем проще для терапевта уже на первых этапах интервью создать гипотезы, устанавливающие связь между сознательным прошлым и настоящим, но тем труднее пациенту связать прошлое и настоящее, поскольку эти связи вытесняются.

Заключительная фаза структурного интервью

Закончив исследование невротических симптомов и патологических черт характера, оценив основные механизмы защиты, синдром диффузной идентичности, тестирование реальности и ключевые симптомы психозов или органических церебральных нарушений, терапевт должен сказать пациенту, что интервью закончено. Затем он должен предложить пациенту добавить то, что ему кажется важным или то, о чем он считает нужным сообщить терапевту.

На конечную фазу интервью необходимо уделить достаточное количество времени: не только для того, чтобы дать возможность пациенту задавать вопросы, но и чтобы терапевт мог ответить на них и уделить внимание неожиданной тревоге или другим возникшим сложностям. Терапевт может решить, что необходимы добавочные интервью для постановки точного диагноза или что обе стороны должны подумать, прежде чем начинать обсуждение терапии; иногда же к этим вопросам можно перейти сразу. В любом случае пациент должен участвовать в процессе принятия решения. Окончание структурного интервью чрезвычайно важно: в этот момент можно оценить мотивацию пациента по отношению к диагностическому процессу и к терапии, можно принять меры на случай опасных, требующих срочного вмешательства состояний (риск самоубийства с тяжелой депрессией), а также оценить, в какой степени пациент способен принять описание своих проблем терапевтом и может ли он относиться к нему позитивно. В любой консуль-

Приложения

тации для терапевта должна существовать возможность назначить дополнительные интервью, если это необходимо. Большинство пациентов способны оценить честность терапевта, который признает, что, хотя многое узнал, этого пока недостаточно для принятия решения о необходимой (если она нужна) терапии.

Приложение 8

ТИПЫ ВОПРОСОВ ПРИ ИНТЕРВЬЮИРОВАНИИ ПАЦИЕНТОВ

Умение задавать вопросы, вести дискуссию является важным профессиональным навыком любого психотерапевта. В семейной системной психотерапии даже особо выделяют технику — «интервью, нацеленное на изменение». Умело проведенное интервью не только предоставляет ценную диагностическую информацию, но и считается мощным психотерапевтическим вмешательством.

В процессе интервью психотерапевт обычно использует и утверждения, и вопросы. Утверждения объясняют или констатируют какие-то темы, позиции, проблемы, в то время как вопросы открывают внутренний мир клиента. В разных терапевтических школах баланс между числом вопросов и утверждений варьируется. Так, в системном подходе миланской школы упор делается на вопросы, зато структурные и стратегические подходы предпочитают утверждения. На соотношение вопросов и утверждений в каждой конкретной встрече влияют многие переменные: теоретическая ориентация и личностный стиль терапевта, типы проблем, убеждения, ожидания, стили взаимодействия между клиентами и т. д.

В психодиагностическом процессе содержится потенциал не только для исцеления, но и для травматизации клиента. И одним из определяющих факторов здесь является не что иное, как природа задаваемых вопросов.

Основным параметром в дифференциации вопросов является континуум локуса изменений, который стоит за вопросом. На одном полюсе этого континуума лежит преимущественно ориентировочная (диагностическая) цель, а на другом полюсе — цель вмешательства, предусматривающая достижение изменений у клиента или семьи.

Вторая важная ось для дифференциации вопросов связана с *меняющимися предположениями о содержании психических феноменов и психотерапевтическом процессе.*

Приложения

Тогда на одном полюсе окажутся преимущественно *линейные (причинно-следственные) цели*, а на другом — преимущественно *циркулярные (системные, кибернетические) цели*.

Разделение на «линейное» и «циркулярное» вошло в практику семейной психотерапии из работ Бейтсон о природе психического. Линейные гипотезы связываются с редукционизмом, латентными принципами, причинным детерминизмом, оценочными установками. Циркулярные гипотезы — с холизмом, принципами взаимодействия, структурным детерминизмом, нейтральными установками и системным подходом. Различия между ними условные, скорее, они могут пересекаться и дополнять друг друга. Многие психотерапевты используют оба вида концепций в большей или меньшей степени, различными способами и в разное время. Гипотезы психотерапевта (порой интуитивные и бессознательные) в значительной степени определяют суть задаваемых вопросов.

Пересечение этих двух осей дает четыре квадранта, которые можно использовать для выделения четырех **основных ТИПОВ вопросов** (см. рис. 3). Горизонтальная ось представляет собой степень, в которой терапевт ориентирован на диагностику представлений о клиенте (диагностика) или на возможность его изменения. Вертикальная ось — это степень линейности или циркулярное™ гипотез терапевта



Рис. 3. Структурное деление основных групп вопросов

о соответствующих психических процессах. Если терапевт предполагает, что изучаемые события являются циркулярными, или кибернетическими, то ориентировочные вопросы, задаваемые им, будут, скорее, «циркулярными». Если же он считает, что возможно прямое воздействие на клиентов посредством информации или инструкции, то вопросы, влияющие на поведение клиента, могут рассматриваться как «стратегические».

Конкретные вопросы могут содержать различные степени линейности или циркулярное™, так же, как и варьироваться по фактору цели. Например, вопросы, касающиеся формулировки проблем и их объяснения, относятся к линейному подходу. Вопросы, касающиеся различий, а также серии вопросов о последствиях того или иного поведения, относятся к изучению циркулярного процесса. Конфронтирующие вопросы будут, скорее, регуляторными и стратегическими. Гипотетические вопросы о будущем отнесем к рефлексивным.

Ниже приведен пример постановки некоторых типов вопросов. Иллюстрации составлены на примере семейной диагностики лиц с аддитивным поведением.

Линейные вопросы

Эти вопросы ориентируют специалиста в области психического здоровья на ситуацию клиента, и они основываются на линейном предположении о содержании некоего психического феномена. В их основе лежит преимущественно *исследовательская* цель. Работа психотерапевта сравнима здесь с работой следователя или детектива. Это вопросы типа: «Кто это сделал?», «Где?», «Когда?» и «Почему?». Большинство интервью начинаются обычно с нескольких линейных вопросов. Часто это необходимо для присоединения к членам семьи через «линейный взгляд» на проблемную ситуацию. Таким способом психотерапевт пытается выяснить конкретную причину проблемы.

Например, специалист может начать встречу с последовательности линейно ориентированных вопросов, аналогичных следующим. Вопрос к матери: «С какими проблемами вы пришли ко мне сегодня?» — «**В основном, из-за наркомании сына**», — «Что вас так расстраивает?» — «**Не знаю**». — Вопрос к сыну: «У тебя трудности со школой?» — «**Нет**». — «Ты уходил из дома или воровал?» — «**Нет**». — «У тебя есть какие-то другие болезни?» — «**Нет**». — «Ты чем-то недавно переболел?» — «**Нет**». — «Бывают ли у тебя мысли о смерти?» — «**Нет**». —

Вопрос к матери: «Вы чувствуете себя виноватой из-за чего-то?» — «Нет». — К сыну: «Что-то беспокоит тебя? Что бы это могло быть?» — «Я действительно не знаю». — К матери: «Как выдумаете, почему ваш сын употребляет наркотики?» — «Даже не знаю. У него нет никаких желаний, он забросил учебу, занятия спортом». — «И как долго он в таком состоянии?» — «Три месяца. Вот уже три месяца, как он катится по наклонной плоскости». — «После чего все это началось? Что-то произошло?» — «Не могу вспомнить ничего особенного». — «Кто-нибудь пытался ему помочь?» — «Нет». — «Почему?» — «Ну, лично я уже сыта по горло». — «Вы сами сильно напряжены?» — «Немного». — «И как долго все, что происходит с вашим сыном, вас тревожит?»...

Линейные вопросы по поводу проблем способствуют формированию клинической гипотезы: у клиента есть какое-то расстройство.

Циркулярные вопросы

Эти вопросы задаются, чтобы специалист мог также разобраться в ситуации клиента, но основаны они уже на циркулярной природе психических явлений. Мотив, лежащий в их основе, — исследовательско-раскрывающий. Психотерапевт действует как ученый, желающий получить новое открытие. Ведущая установка при постановке гипотез интеракционная и системная. Делается допущение, что одно явление как-то связано с другим. Вопросы формулируются для выяснения устойчивых картин взаимоотношений в кибернетической цепи, которые связывают личность, объект, действия, восприятия, идеи, чувства, события, установки, контекст.

Системный психотерапевт может начать интервью следующим образом: «Какая проблема привела вас к нам?» — «Беспокоюсь по поводу болезни моего мужа». — «Кто еще беспокоится?» — «Свекровь». — «Кто больше всего?» — «Я». — «Кто меньше всего?» — «Мой муж». — К мужу: «Что делает ваша жена, когда беспокоится о вашей проблеме?» — «Она «наезжает», в основном насчет моих друзей». — «Что вы делаете или чувствуете по этому поводу?» — «Я стараюсь сдерживать себя, но внутри злюсь».

Стратегические вопросы

Для вопросов этого вида характерна коррективная функция. Специалист ведет себя как учитель, инструктор, судья, сообщая членам

семьи, как они ошибаются и как должны себя вести (в не прямой форме, в виде вопросов). На основе гипотезы, составленной о семейной динамике, психотерапевт приходит к заключению, что имеет место дисфункция семьи и, задавая стратегические вопросы, пытается заставить семью измениться. Директивность психотерапевта может быть скрытой, но все проходит через контекст, время и интонацию.

Примеры задавания стратегического вопроса жене, которая беспокоилась по поводу болезни мужа: «Когда вы собираетесь заняться своей жизнью и начать искать работу?», «Что, по-вашему, помогает большинству людей находить другие решения, кроме ухода в болезнь?», «Что удерживает вас от злоупотребления алкоголем, если в вашем подъезде живут алкоголики?».

Рефлексивные вопросы

Рефлексивные вопросы — это вопросы, способствующие личностному росту индивидуума или семьи путем стимуляции ответов, которые позволят членам семьи создать новые конструктивные установки и поведение.

Остановимся подробнее на некоторых вопросах из этой группы, так как они слабо освещены в отечественной литературе.

Проблемные семьи иногда так озабочены трудностями в настоящем или несправедливостями в прошлом, что живут так, как будто у них «нет будущего». Иногда семьи, живущие настоящим или прошлым, не могут ответить на рефлексивные вопросы сразу, но они часто продолжают работать над ними дома. Ожидания будущего оказывают влияние на поступки и поведение в настоящем. Через эту связь данная группа вопросов осуществляет свои рефлексивные эффекты.

- 1) Вопросы, ориентированные *на будущее*.
- 2) Выяснение *целей и задач семьи*, личных целей или целей для других.

Примеры вопросов: «Что вы планируете сделать для карьеры?», «Как долго вы считаете необходимым учиться?».

3) **Выдвижение на первый план потенциальных последствий**, которые могут возникнуть, когда определенные устойчивые картины поведения будут продолжаться: «Если ваш муж не прекратит злоупотреблять алкоголем, как он это делает сейчас, что может произойти с вашими отношениями?», «Как насчет пяти лет спустя?», «Какие отношения между отцом и сыном могут быть результатом этого?».

Приложения

4) **Исследование катастрофических ожиданий.** Задаются вопросы типа «Что самое страшное может произойти?», «А если произойдет, что будет ужасно?». Если пациентами опыт (и сама жизнь) воспринимается как серия катастроф и проблем, психотерапевту следует подвести их к восприятию реальности. Это способ разоблачения скрытых проблем.

Вопрос для родителей, страдающих гиперопекой: «Чего вы боитесь, когда ваша дочь возвращается так поздно?», «Что самое худшее приходит в голову?». Для дочери: «Что, по-твоему, больше всего пугает твоих родителей?», «Какие ужасные вещи, по их мнению, могут произойти, из-за чего они не спят ночью?». Важно, чтобы этот прием использовался с деликатностью и вниманием, чтобы члены семьи не чувствовали себя высмеянными психотерапевтом. Одновременно пациентов стимулируют к поиску альтернатив.

5) **Исследование гипотетических возможностей.** Вопрос для дочери: «Полагаешь ли ты, что твои родители могут быть обеспокоены возможным употреблением тобой наркотиков и алкоголя?», «Боятся ли они того, что ты можешь забеременеть?», «Боятся ли они даже упоминать о своих страхах, предполагая, что это может обидеть тебя?». Вопросы для родителей: «Если вы расскажете о своих беспокойствах дочери, считаете ли вы, что она воспримет это как потерю доверия? Как вмешательство в ее личную жизнь?».

6) **Представление гипотетических возможностей** позволяет психотерапевту задействовать его собственные идеи в процессе совместного создания будущего «идентифицированному пациенту» вместе с семьей. Вопрос к мужу при обсуждении условий заболевания жены: «Как она, по вашему мнению, сможет сидеть в бухгалтерии при ее подвижности и общительности?».

7) **Рассмотрение историй и постановка дилемм.** Вопрос к матери: «Представьте себе, что ваша дочь встречает молодого человека, который ей очень нравится, а он волнуется за нее и пытается ругать ее от наркотиков. Думаете ли вы, что она больше будет слушать его, нежели вас, родителей?» К дочери: «Что, по-твоему, твои родители могут сделать, ^{тм тм *} ^у знают, что он имеет большее влияние на тебя, чем они? ^{бу} ^т они и Дальше Не разрешать тебе или он ^т будут поощрять ^т времяпрепровождение с такими друзьями?»

^{меуашностного} восприятия. «О чем он, по вашей попытке суицида?» Вопросы этого подтипа
му мнению, думал пр-

базируются на поведенческих картинах и могут включать или не включать личность, к которой они адресованы.

9) **Исследование межличностных взаимодействий.** «Что выделаете, когда он приходит в состоянии алкогольного опьянения?»

В системной семейной психотерапии «триадные вопросы»* отражают использование серии вопросов, которые адресованы к третьей персоне об отношениях между двумя (или более) другими.

10) **Вопросы, направленные на изменения контекста.** Каждое качество, значение или контекст могут рассматриваться как отличительная черта по контрасту с другими — противоположными или комплементарными качествами, значениями и ситуациями. Вопросы, направленные на изменение контекста, нацелены на извлечение наружу того, что скрыто или вытеснено. Легко забыть, что «плохое» существует только по отношению к хорошему и что печаль и отчаяние возникают как противоположность радости и счастью.

Пример вопросов для матери, погруженной в проблемы болезни сына: «Когда последний раз вам было хорошо вместе с мужем?», «Какие праздники вы отмечаете?», «Какие вещи вы больше всего любите?» Женщина вдруг начинает понимать, что они с мужем живы, у них хорошая зарплата, квартира и т. д., а они давно не ездили вместе в отпуск.

С помощью вопросов можно изучить противоположный контекст.

Пример. «Кто из членов семьи больше всего радуется ссоре?», «Кто будет испытывать грусть и потерю, когда конфликт вдруг прекратится?».

Изучение противоположного значения

Пример. «Кто мог бы первым подумать, что отец злится, потому что он беспокоится о проблемах семьи больше других?»

Внесение парадокса.

Примеры. «Как хорошо ты ворует?», «Можешь ли воровать еще лучше, чем сейчас?», «А мог бы ты воровать у директора школы?».

Присоединение к пугающему импульсу

Примеры, «Почему ты до сих пор не убил себя?», «Какие идеи и мысли должны умереть?» «Существует ли какое-то плохое поведение, которое надо похоронить?». Такие вопросы, задаваемые подросткам, могут способствовать снятию психоэмоционального напряжения или дать свежий взгляд на ситуацию.

Приложения

Некоторые типы рефлексивных вопросов позволяют семьям снять уникальность их проблем. Индивидуумы и семьи, приходящие на прием к психотерапевту, нередко воспринимают себя как «ненормальных». Специалист может помочь воспринимать их ситуации менее болезненно, сравнивая их проблему с ситуациями или событиями в жизни других клиентов.

Пример. «Как выдумаете, выражаете ли вы свое несогласие более или менее открыто, чем в знакомых вам семьях?» (*Проведение контраста с социальной нормой.*)

Пример. «В большинстве семей на этой стадии мальчишки — ближе к отцу. Что удерживает его так близко к матери?» (*Проведение контраста с нормами развития.*)

Пример. «Все семьи имеют трудности, связанные с выражением отрицательных эмоций. Когда вы впервые обнаружили, что у него проблема агрессии?» (*Социальная нормализация.*)

Пример. «Несмотря на то, что большинство семей сталкиваются с проблемами детей, убегающих из дома, что заставляет вас так бурно реагировать?» (*Возрастная нормализация.*)

В ходе интервью могут задаваться вопросы, исследующие гипотезы и текущий процесс. Проиллюстрируем их примерами.

Рассмотрение текущего процесса. «Когда твои родители дома, спорят ли они так же, как тут? Или даже более бурно?»

Отражение собственного отношения. Как вы думаете, я не обидел вашу жену, задавая ей эти вопросы?»

11) Вопросы, открывающие пространство (ресурсные вопросы). Эти вопросы помогают клиенту найти собственные внутриличностные ресурсы для разрешения проблемы, увидеть себя в роли человека, способного контролировать проблемную ситуацию; вопросы помогают создать новую историю взаимоотношений пациента с проблемой, в которой возможен «счастливый» конец.

Об уникальных эпизодах, происходивших в реальности

Эти вопросы побуждают к поиску исключений из проблемной истории. На этом этапе клиент начинает создавать новую уникальную историю о своих взаимоотношениях.

Пример. «Бывали ли времена, когда раздражение могло бы влиять на ваши отношения, но ему это не удавалось?»

Пример. «Приходилось ли вам вдвоем противостоять каким-то культурным предписаниям и делать что-то по-своему, вопреки им?»

Пример. «В каких ситуациях вы легко принимаете решения?»

Пример. «Были ли случаи, когда вы противостояли мыслям о наркотиках дольше обычного?»

Пример. «Я понимаю, что страхи все еще продолжают существенно сужать и ограничивать вашу жизнь. Нет ли у вас ощущения, что вы стараетесь изменить это? Вы можете сказать мне, что именно дает вам это ощущение?»

Пример. «Итак, в течение двух прошедших недель конфликт продолжался, но были ли моменты, когда вы хотя бы на мгновение чувствовали надежду на примирение?»

О воображаемых уникальных эпизодах, используя вопросы гипотетического опыта

Пример. «Если бы один из ваших детей родился с серьезным заболеванием, сплотило бы вас это несчастье? Как, по вашему мнению, вы действовали бы вместе?»

Пример. «Что произошло бы, если бы вы не взяли на себя всю ответственность за заботу о ребенке? Например, что бы произошло, если бы вы не встали ночью, когда ваш ребенок не мог заснуть?»

Пример. «Предположим, ты узнал, что твоя мать берет дополнительную работу, чтобы оплатить твои занятия спортом, а не потому, что не хочет проводить с тобой больше времени. Как эта информация изменила бы твое отношение к происходящему?»

Пример. «Что было бы по-другому в том, как ты повзрослела, если бы твоя мама не умерла?»

Пример. «Если бы вы решили сделать это, с чего бы вы начали?»

Пример. «Как вы представляете себя в роли студента? Вы изменили бы свой стиль?»

Вопросы, касающиеся различных точек зрения.

Пример. «Что сказала бы ваша бабушка о том, как вы справляетесь с этой дилеммой?»

Пример. «Я считаю, вы готовы взять на себя эту ответственность. Что, по вашему мнению, позволяет мне так думать?»

Пример. «Как вы думаете, чему учится ваша дочь, когда видит, что ваш муж сам принимает все решения, касающиеся семьи? Именно этого вы для нее хотите? Что бы вы предпочли, чтобы она видела? Бывали ли ситуации, когда она видела то, что вы описываете?»

Пример. «Есть ли у вас друзья, которые оказывают на вас большое давление, когда речь идет о наркотиках? Есть ли у вас друзья, кото-

рые удерживают вас от приема наркотиков? Чем отличается влияние на вас этих двух групп друзей? Какие качества видит в вас первая группа друзей? Видит ли эти качества вторая группа?»

Пример. «Что вы знаете о себе такого, чего не замечает ваша семья во время всех этих разбирательств?»

Вопросы, ориентированные на другие временные рамки и контексты.

Пример. «Я понимаю, что в этом споре гнев действительно взял над вами верх..., но мне интересно, бывали ли ситуации, когда вы были способны справляться с гневом?»

Пример. «Лень влияла на все области вашей жизни или только на выполнение домашних заданий?»

Пример. «Я думаю, сомнения в собственных силах лишает тебя уверенности в школе. Но когда ты рассказывал об игре в баскетбол, то я представила тебя совсем другим: уверенным в себе, смелым, активным. Ты понимаешь, почему это произошло?» *(Этот вопрос относится также к вопросам точки зрения.)*

Пример. «Я вижу, что вы переживаете это как проблему всей своей жизни. Давайте сравним периоды вашей жизни. Были ли времена, когда отчаяние играло менее важную роль?»

Пример. «В какой период вашей жизни вы чувствовали себя в наибольшей безопасности?»

Пример. «В какой период вашей жизни вы были меньше всего подвержены панике? О каком случае вы вспомнили, когда я задала этот вопрос?»

Приложение 9

ХАРАКТЕРИСТИКИ УРОВНЕЙ НАРУШЕНИЯ

Характеристики	Уровни нарушений		
	Психотический	Пограничный	Невротический
Центральная проблема	Безопасность	Автономия	Идентичность
Характер тревоги	Тревога уничтожения	Тревога сепарации	Тревога наказания и потери контроля
Конфликт развития	Оральный: симбиотический	Анальный: сепарация-индивидуация	Эдипов конфликт
Тип конфликта по Эриксону	Базовое доверие или недоверие	Автономия или стыд и неуверенность	Инициативность или вина
Объектные отношения	Монадические	Диадные	Триадные
Чувство Я	Затопленное	Втянутое в сражение	Ответственное